



**ENSP**  
ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

---

**Directeur des soins**

**Promotion : 2007**

Date du Jury : **septembre**

---

**La contribution du directeur des soins  
à la gestion de la maltraitance  
en établissement psychiatrique**

---

**Véronique SCHMIT**

---

# Remerciements

---

Je remercie toutes les personnes qui ont fait toujours preuve de bienveillance à mon égard,

et tout particulièrement celles qui m'ont accompagné sur un bout de ce chemin professionnel, contribuant à la rédaction de ce travail, mon apprentissage, ma réflexion et mon évolution.

---

# Sommaire

---

<b>R e m e r c i e m e n t s</b> .....	<b>1</b>
<b>S o m m a i r e</b> .....	<b>1</b>
<b>L i s t e d e s s i g l e s u t i l i s é s</b> .....	<b>1</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>3</b>
<b>1 LES CONSTATS LEGISLATIFS, REGLEMENTAIRES, THEORIQUES ET CONTEXTUELS</b> .....	<b>5</b>
<b>1.1 Le phénomène de la maltraitance en institution</b> .....	<b>5</b>
1.1.1 La définition des termes .....	5
1.1.2 Les différents types de maltraitance .....	7
1.1.3 La traduction juridique de la maltraitance .....	9
1.1.4 Les facteurs de risques .....	10
<b>1.2 Les politiques de lutte contre la maltraitance</b> .....	<b>13</b>
1.2.1 L'historique des politiques .....	13
1.2.2 L'incidence de la maltraitance en institution .....	15
1.2.3 Les modalités de signalement.....	17
<b>1.3 La maltraitance, un risque spécifique</b> .....	<b>20</b>
1.3.1 La maltraitance, un risque reconnu.....	20
1.3.2 Les difficultés liées à la révélation .....	22
1.3.3 Les sanctions encourues par l'agent maltraitant .....	24
1.3.4 La prise de décision éthique .....	24
1.3.5 La gestion d'une situation exceptionnelle .....	25
<b>2 L'ENQUÊTE ET L'ANALYSE DES DONNÉES</b> .....	<b>27</b>
<b>2.1 La méthodologie</b> .....	<b>27</b>
2.1.1 Les entretiens .....	27
2.1.2 La population ciblée .....	27
2.1.3 L'étude de documents .....	29
2.1.4 Les limites.....	29
<b>2.2 L'analyse et les résultats</b> .....	<b>29</b>
2.2.1 La révélation des situations de maltraitance.....	29
2.2.2 La gestion de la situation de maltraitance .....	33

2.2.3	Les moyens de prévention.....	37
2.2.4	La synthèse.....	40
<b>3</b>	<b>LA CONTRIBUTION DU DIRECTEUR DES SOINS A LA GESTION DU RISQUE DE MALTRAITANCE.....</b>	<b>43</b>
<b>3.1</b>	<b>La gestion d'une situation de maltraitance révélée.....</b>	<b>43</b>
3.1.1	Une conduite à tenir en cas de suspicion ou de constat de maltraitance .....	43
3.1.2	Une procédure de gestion d'un signalement de maltraitance.....	44
3.1.3	Gérer la crise et savoir communiquer en cas de médiatisation.....	48
<b>3.2</b>	<b>La prévention.....</b>	<b>49</b>
3.2.1	Mettre le patient au cœur du soin.....	49
3.2.2	Mettre le soin au cœur de la réflexion institutionnelle .....	51
3.2.3	Mettre les hommes au cœur de la gestion .....	52
3.2.4	Mettre en place une culture de vigilance face à ce risque.....	54
	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>57</b>
	<b>Bibliographie .....</b>	<b>59</b>
	<b>Liste des annexes .....</b>	<b>I</b>
	<b>Annexe I .....</b>	<b>II</b>
	<b>Annexe II .....</b>	<b>III</b>
	<b>Annexe III.....</b>	<b>IV</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

ALMA : ALlo MAItreatment des personnes âgées

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en santé

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

DAS : Direction de l'Action Sociale

DDASS : Direction régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

DGAS : Direction Générale de l'Action Sociale

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DRH : Direction des Ressources Humaines

DSF : Développement Social de la Famille et de l'enfance

HAS : Haute Autorité de Santé

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

ODAS : Observatoire national De l'Action Sociale décentralisée

## INTRODUCTION

Un établissement de soins a pour missions d'accueillir, traiter, soigner, accompagner des personnes en souffrance. Pour y parvenir, les professionnels se doivent de respecter le patient, c'est-à-dire de bien le traiter tout au long de sa prise en charge. Il arrive, rarement mais cependant, qu'un agent dévie de sa mission première et devienne maltraitant. Pendant longtemps le problème a été tu ou minimisé. Depuis une vingtaine d'années, les pédagogues, psychanalystes et psychosociologues, puis les pouvoirs publics et le législateur ont identifié et pris en compte ce risque. Une politique de lutte contre la maltraitance a été mise en place dans un premier temps dans les institutions accueillant des enfants puis celles accueillant les personnes âgées et handicapées. Le code pénal réprime ces actes. Et un nouveau concept est promu : la bientraitance.

La maltraitance s'entend désormais comme toute atteinte aux droits fondamentaux (dignité, intégrité, vie privée, intimité, sécurité, autonomie) des personnes accueillies, lorsque celles-ci sont fragilisées et ne sont pas en mesure de se protéger. Elle recouvre donc une réalité diverse et complexe, illustrée par la distinction : mal-traitance et maltraitance. La personne que l'on traite mal peut en effet devenir en risque de maltraitance. En institution, la maltraitance est très large, comprenant un manque de soins, une absence de réponse à une attente formulée par la personne soignée, un manque de respect mais aussi des violences. Elle peut recouvrir diverses formes : délibérée ou inconsciente, individuelle ou collective, occasionnelle ou répétée. Elle peut être causée par les dysfonctionnements de l'institution elle-même (son organisation et/ou ses moyens) ou par l'échec de la relation entre un soignant et une personne soignée. C'est plus particulièrement à ce deuxième type de maltraitance en institution que nous nous intéresserons, c'est-à-dire ces situations lors desquelles un professionnel dérape, en maltraitant un patient. Nous avons choisi de cibler ce travail aux situations se déroulant dans les services de soins psychiatriques. Il s'agit d'actes de maltraitance souvent occasionnelle, envers une personne particulièrement fragile et fragilisée par sa maladie et sa condition de personne soignée. L'acte de maltraitance interroge le soignant, l'équipe, l'institution sur leur capacité à soigner au mieux et durablement. Sa révélation a un impact émotionnel à tous ces niveaux.

Le directeur des soins a pour rôle de contribuer à la qualité des soins dispensés et à la gestion des risques. Il peut être confronté à la gestion d'une situation de maltraitance et doit viser sa prévention. Ce mémoire professionnel a pour objectif de réfléchir à la spécificité de sa contribution. Les hypothèses de ce travail sont les suivantes :

- La gestion des situations révélées de maltraitance impliquent fortement le directeur des soins et l'équipe de direction de l'établissement.
- Les freins à la révélation sont nombreux.
- Chaque situation est singulière et nécessite une prise de décision éthique.
- Une politique de promotion de la bientraitance s'appuie sur le projet de soins, le projet de management et le projet de formation.

Pour commencer, il convient de définir, chercher à comprendre le phénomène de maltraitance occasionnelle en institution, identifier ses causes et les difficultés qu'il pose aux professionnels. Un tel acte vient rompre avec la mission première et les valeurs du service de soins. De plus, il s'accompagne souvent d'un vécu de culpabilité individuelle et institutionnelle. Il est donc souvent difficile au soignant de parler de son acte, ou à un collègue d'en parler avec lui ou de le signaler au cadre de santé. La première partie de ce travail explorera la maltraitance à travers l'étude de références écrites sur ce thème, en particulier l'évolution du concept et des textes législatifs et réglementaires relatifs à sa répression.

La seconde partie prolongera ces constats par l'analyse d'une enquête réalisée auprès de divers professionnels dans plusieurs établissements de santé. Elle a pour objectif d'explorer les procédures pratiquées, les difficultés rencontrées et les actions du directeur de soins.

La troisième partie sera consacrée aux propositions sur la contribution du directeur des soins à la gestion et la prévention des actes de maltraitance occasionnelle. Il s'agit d'explicitier son rôle lorsqu'une situation est révélée et de rechercher quels seraient les critères de qualité de cette gestion. En effet l'objectif est de repérer ce qui concourt à une prise de décision s'inscrivant dans une dimension éthique c'est-à-dire d'une part respectueuse de la loi, d'autre part facilitant la réflexion et l'évolution professionnelle de l'agent concerné si cela est possible. Dans un second temps l'objectif visé sera de promouvoir la bientraitance et de présenter des moyens pour y parvenir.

La conclusion s'attachera à relier politique de la direction des soins et éthique, tant au niveau du soin que du management. En effet se poser la question de la bientraitance et de la maltraitance a comme corollaire de définir une politique du soin. Celle-ci s'associe à une politique de management qui se pratique au quotidien et prévoit des modalités d'action en cas de non-respect de la personne soignée.

# 1 LES CONSTATS LEGISLATIFS, REGLEMENTAIRES, THEORIQUES ET CONTEXTUELS

## 1.1 Le phénomène de la maltraitance en institution

La définition de la maltraitance dépend du contexte historique, culturel, social, juridique, scientifique d'une société. Celle-ci définit ce qui, à un certain moment, n'est pas acceptable pour elle. Elle précise des critères de gravité en fonction de l'intention de l'auteur, des conséquences, la fragilité et la perception de la victime.

### 1.1.1 La définition des termes

#### A) La maltraitance

L'expression d'enfants maltraités figure dans l'intitulé de la loi du 24 juillet 1889. Le terme de maltraitance apparaît un siècle plus tard. Il se généralise ensuite à toutes les victimes de violences ou de mauvais traitements, enfants ou adultes vulnérables (personnes âgées, handicapées, en institution). La maltraitance se définit comme toute forme de mauvais traitements. Elle est synonyme de violence. Le terme vient du verbe «maltraiter», qui signifie « traiter avec brutalité, rigueur ou inhumanité, brimer, malmener ». Il apparaît en français vers 1550 mais seulement en 1992 dans un dictionnaire usuel. Cette année-là, le Conseil de l'Europe définit la maltraitance et la violence à laquelle elle est associée, comme « tout acte ou omission commis par une personne (ou un groupe), s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne (ou d'un autre groupe) ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière ». C'est cette définition qui est désormais reprise par les professionnels. Elle reste large, rendant difficile l'évaluation de certaines situations.

« Si l'on voulait établir une nuance entre « violences » et « maltraitements », on pourrait dire que la violence est un terme qui peut s'appliquer à toute agression d'un être envers un autre, quelles que soient les forces des protagonistes, tandis que maltraitements s'applique davantage aux torts causés à une personne par une ou des personnes dont le rôle, à priori, serait de la bien traiter. »<sup>1</sup> On peut aussi chercher à différencier « mal

---

<sup>1</sup>MARAND-FOUQUET C., « Les maltraitements au regard de l'histoire », 10 p., [consulté le 31.07.07], disponible sur internet : [http://www.alpes-maritimes.pref.gouv.fr/sections/actions\\_de\\_letat/pour\\_les\\_professionn/la\\_maltraitance/histoire\\_de\\_la\\_maltr5074/downloadFile/file/maltraiteancehistoire.pdf](http://www.alpes-maritimes.pref.gouv.fr/sections/actions_de_letat/pour_les_professionn/la_maltraitance/histoire_de_la_maltr5074/downloadFile/file/maltraiteancehistoire.pdf)

traiter » (en deux mots) et « maltraiter » (en un mot) par l'intentionnalité et la fréquence. Maltraiter marque la violence active alors que traiter mal quelqu'un relève plus d'un acte involontaire, voire d'une bonne intention ratant son objectif, renvoyant à une réalité plus floue mais aussi plus courante, en particulier en institution.

#### B) La maltraitance en institution

La notion de violence institutionnelle a été initiée par S. Tomkiewicz en 1982. Elle se définit aujourd'hui par ses conséquences négatives sur le bien-être de la personne accueillie par l'institution, par l'instauration de traitements dégradants et d'atteinte à la dignité de la personne humaine. Pour M. Lagrula-Fabre, c'est la violence qui est commise sur des personnes vulnérables par des personnes ayant autorité « en institution ou qui découle de son fonctionnement ».<sup>2</sup> Elle correspond donc au passage d'une relation d'aide à une relation de nuisance.

On peut différencier la maltraitance institutionnelle qui correspond à l'absence d'actions ou à des mesures inadaptées (après la révélation d'actes ou l'évaluation de risques) et la maltraitance en institution qui correspond aux actes ponctuels et individuels d'agents en difficulté suivis d'une prise en compte rapide et adaptée par la direction de l'établissement.

S. Tomkiewicz précise que : « la violence en institution est inévitable car l'institution sécrète la violence en réponse aux symptômes des usagers<sup>3</sup> ». C'est donc un risque. Elle reste cependant taboue, comme le soulignent auteurs et rapports. En effet, elle touche à l'image idéalisée des professions d'aide et au principe de bientraitance.

#### C) La bientraitance

Apparu dans les années 1990, à propos des pratiques des professionnels de la petite enfance, ce terme a une connotation positive. « La bientraitance, c'est le respect de l'enfant mis en acte, c'est donc respecter l'enfant en lui donnant les moyens d'être sujet désirant et acteur de sa vie, en le considérant comme une personne en devenir, un interlocuteur que l'on accueille, auquel on s'adresse et avec lequel on se comporte avec respect physique, psychique et affectif »<sup>4</sup>. Le concept se transpose à l'adulte. Il comporte plus la recherche de la qualité du soin et moins la notion de risque. Il signifie que l'on s'interroge sur ce qui concourt au mieux-être du patient, au « prendre soin ». Cela

---

<sup>2</sup> LAGRAULA-FABRE M., 2005, *La violence institutionnelle. Une violence commise sur des personnes vulnérables par des personnes ayant autorité*, Condé-sur-Noirau : L'Harmattan, pp. 13.

<sup>3</sup> TOMKIEWICZ.S., VIVET.P., 1991, *Aimer mal, châtier bien. Enquêtes sur les violences dans les institutions pour enfants et adolescents*, Paris : Le Seuil.

<sup>4</sup> FLAMAND Francesca, citée par CHALON P., 2007, *De la bienveillance à la bientraitance*, 1<sup>o</sup> édition, Rotativas de Estella : Marabout, pp.17.

implique un questionnement éthique sur le soin. Telle contention est-elle réellement justifiée ? Est-il nécessaire de réveiller un patient pour lui donner son traitement ? N'est-on pas en train de mal traiter en croyant bien traiter ? Le tutoiement par exemple n'a pas le même impact lorsqu'il est prononcé par un stagiaire ou un agent qui connaît le patient depuis plusieurs années. Ce questionnement s'appuie sur le repérage de ce qu'est la maltraitance, car elle peut se traduire par une multitude d'actes ou d'attitudes.

### **1.1.2 Les différents types de maltraitance**

#### A) Leurs classifications

Il en existe plusieurs. Voici celle que reprend l'instruction ministérielle récente, elle est proche de la classification internationale :

-« Violences physiques : coups, brûlures, ligotages, soins brusques sans information ou préparation, non satisfaction des demandes pour des besoins physiologiques, violences sexuelles, meurtres (dont euthanasie)...

-Violences psychiques ou morales : langage irrespectueux ou dévalorisant, absence de considération, chantage, abus d'autorité, comportements d'infantilisation, non respect de l'intimité, injonctions paradoxales...

-Violences matérielles et financières : vols, exigence de pourboires, escroqueries diverses, locaux inadaptés...

-Violences médicales ou médicamenteuses : manque de soins de base, non-information sur les traitements ou les soins, abus de traitements sédatifs ou neuroleptiques, défaut de soins de rééducation, non prise en compte de la douleur...

-Privation ou violation de droits : limitation de la liberté de la personne, privation de l'exercice des droits civiques, d'une pratique religieuse...

-Négligences actives : toutes formes de sévices, abus, abandons, manquements pratiqués avec la conscience de nuire,

-Négligences passives : négligences relevant de l'ignorance, de l'inattention de l'entourage »<sup>5</sup>.

Une autre façon de différencier les actes est <sup>6</sup>celle qui prend en compte l'action et l'intentionnalité de la personne maltraitante. La littérature internationale distingue deux concepts.

---

<sup>5</sup> Instruction 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.

- Les abus ou maltraitances dites actives ou « en relief » comprennent les maltraitances physiques, psychologiques et financières. Ils naissent d'une intention de contraindre et/ou de nuire, et correspondent à l'action de maltraiter.
- Les négligences, c'est-à-dire le défaut de subvenir aux besoins de la personne, sont le plus souvent passives (par manque de connaissance ou par oubli) mais sans intention de nuire. Elles correspondent plutôt au fait de mal traiter la personne. Elles sont rarement actives, comme le refus d'assistance. Elles sont dites « en creux ».

On perçoit que la difficulté réside alors dans l'évaluation de la situation, entre la banalisation ou la minimisation des faits et leur exagération. Voyons plus précisément quelles situations peuvent se produire en établissement psychiatrique.

#### B) Les formes de maltraitance en institution

Les maltraitances physiques peuvent consister en des soins médicaux ou infirmiers non donnés, le non-soulagement de la douleur, la négligence des soins de nursing, une inattention, les contentions abusives. Elles sont alors souvent non intentionnelles et rarement révélées. Elles peuvent aussi correspondre à des gestes violents, tels que les mouvements brusques, les gifles, des pincements ou rudoiments. Ceux-ci sont plus souvent jugés inacceptables par le témoin et révélés à l'encadrement. La gifle accidentelle donnée en réaction à un comportement considéré comme violent de la part du patient fait parfois l'objet d'une déclaration et d'une remise en question par son auteur lui-même.

Les maltraitances psychologiques peuvent se traduire par le tutoiement systématique, les réprimandes, ou par diverses négligences ou le manque d'aide, comme l'absence de respect de l'intimité, le mélange des différents plats du repas dans l'assiette, l'absence de réponse aux appels. La dévalorisation de la personne, la systématisation du port de couches ou de repas mixés, l'infantilisation, l'utilisation d'un ton autoritaire, le discours culpabilisant sur la perte d'autonomie, des menaces de rétorsion ou de privation de liberté, les insultes en sont d'autres exemples. Ces maltraitances naissent du jugement porté sur l'autre, qui n'est alors plus considéré comme sujet et acteur de son projet de vie. Elles sont fréquentes et peuvent paraître comme anodines à leur auteur. Elles peuvent correspondre au fait de traiter mal si elles sont ponctuelles et/ou commises par ignorance. Elles peuvent aussi signifier une intention de maltraiter la personne ou avoir le même effet par l'accumulation de ces situations.

Les maltraitances matérielles sont liées aux mauvaises conditions d'hébergement (meublement non adapté, espaces non adaptés aux fauteuils roulants, chauffage

insuffisant...), à l'isolement ou à des vols. Elles révèlent une carence dans le projet de soins.

Nous mesurons la complexité de la maltraitance en institution. L'empathie nous fait nous projeter à la place de la personne soignée et nous permet de mesurer la gravité de l'acte. Ponctuel ou bien répété, intentionnel de la part d'un seul professionnel ou répété par différents soignants, l'acte n'aura pas le même impact. Les situations les plus souvent révélées correspondent à des actes de violence physiques ou psychiques ou des vols (si la somme est importante), volontaires et involontaires. Voyons quelle peut être la traduction juridique de tels actes.

### **1.1.3 La traduction juridique de la maltraitance**

La maltraitance n'est pas définie juridiquement en raison de la multiplicité de ses formes. Le code pénal considère des actes et comportements considérés comme maltraitants comme des infractions susceptibles de sanctions en fonction des préjudices subis, parce que portant atteinte à la personne.

#### A) La qualification des actes

Les articles (articles 222-1 à 222-16) du code pénal définissent 5 types d'infractions :

- Les atteintes à l'intégrité des personnes : actes de tortures et de barbarie, coups et blessures, infraction sexuelles,
- La mise en danger d'autrui : risques causés à autrui, délaissement d'une personne hors d'état de se protéger, entrave aux mesures d'assistance et omission de porter secours,
- Les atteintes à la dignité de la personne : conditions de travail ou d'hébergement contraires à la dignité de la personne,
- Les atteintes aux libertés de la personne,
- Les atteintes aux mineurs et à leur famille : délaissement...

#### B) Leur répression

Le signalement aux autorités judiciaires déclenche le processus pénal. La répression se décline en fonction de la gravité du dommage engendré et de sa cause (acte volontaire ou maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement). Ces actes de maltraitance sont considérés comme des délits ou des crimes, donc passibles d'une peine d'emprisonnement (ferme ou avec sursis) et d'une amende délictuelle. De plus le code pénal retient trois circonstances aggravantes. La première est le fait que la victime soit un mineur de quinze ans. La seconde est le fait que la victime soit une personne « dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience

physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de l'auteur<sup>7</sup> ». La notion de vulnérabilité n'a pas de définition juridique. La troisième circonstance aggravante est l'abus d'autorité de l'auteur ou sa qualité de fonctionnaire ou de personne investie d'une mission de service public. Les infractions sont alors souvent plus sévèrement punies. Enfin, les auteurs indirects peuvent être sanctionnés s'il y a faute « délibérée » ou « caractérisée ».

Les peines pour des violences physiques volontaires varient «de 30 ans de réclusion criminelle lorsque les coups ont été portés sur une personne vulnérable et ont entraîné sa mort à une peine d'amende de 4<sup>e</sup> classe lorsque la victime n'a subi aucune séquelle... Les violences légères (peuvent constituer) un délit passible d'emprisonnement dès lors que la victime est une personne vulnérable ou qu'elles sont pratiquées de manière habituelle... En l'état du droit, il ne semble pas que des carences ou des négligences dans un établissement puissent être poursuivies pour cette incrimination (délaissement) »<sup>8</sup>. L'approche juridique concernant la maltraitance touche les situations les plus graves. Prolongeons avec l'approche professionnelle, centrée sur la spécificité du soin en institution psychiatrique. La prise en charge d'un patient en crise est certes différente de celle de la personne âgée ou handicapée (dont la dépendance est continue). Cependant c'est la dimension d'accompagnement, cœur de la prise en charge, que partagent ces populations. Un établissement psychiatrique est une institution à risque car il reçoit ces différentes populations vulnérables (au sens courant).

#### **1.1.4 Les facteurs de risques**

La maltraitance en institution concerne une victime (la personne accueillie dans l'établissement), un ou des professionnels, une situation et une institution. Parce que toute situation de soins est complexe, les causes et facteurs de risques de tels actes sont aussi complexes et plurifactoriels. Identifier ce qui peut contribuer à l'émergence de cette violence facilite la recherche des solutions possibles.

##### **A) La vulnérabilité de la personne soignée**

La personne accueillie en établissement psychiatrique est une personne en souffrance et vulnérable. « Par « vulnérabilité » nous entendons l'état de fragilisation sociale, physique ou psychologique affectant les personnes, consécutif à un état de dépendance sociale

---

<sup>7</sup> Article 222-8 du nouveau code pénal

<sup>8</sup> CALLOCH P., 19 mai 2006, «Maltraitance en établissements : identifier et signaler », *Travail Social Actualités*, n°1068, pp. 14-15.

forte envers autrui, liée à l'âge, à l'état de santé, à la position sociale<sup>9</sup> ». Les problèmes de santé créent une dépendance. Le handicap (qui peut être physique, psychologique, mental ou social) et l'âge (jeune ou grand) peuvent la majorer. Même si cela n'est pas systématique, le patient présente un risque plus important de maltraitance. Certains auront des difficultés à repérer qu'ils subissent un acte de maltraitance. Certains auront une réaction de passivité, dénégarion, minimisation, voire légitimation. Les difficultés intellectuelles ou le fait de ressentir honte, culpabilité ou peur sont des freins à la révélation. De plus ces victimes peuvent éprouver des difficultés à être entendues. Un autre facteur de risque lié au patient peut être son propre comportement violent ou la recherche d'un tel comportement chez l'autre. C'est un symptôme qu'il faut savoir décrypter : il nécessite une grande maîtrise de soi et une prise de recul de la part du professionnel ainsi qu'une stratégie d'équipe.

#### B) La difficulté du soin relationnel

Chacun peut devenir violent donc maltraitant à un moment. « Tout n'est qu'affaire de circonstance, de fréquence, de quantité<sup>10</sup> ». En effet, la relation de soin est avant tout relation humaine et peut réveiller nos pulsions de vie et de mort. La violence est au cœur de ces deux forces. Si la première nous incite à créer du lien, être respectueux de l'autre et structurer la relation dans une dimension saine, la seconde nous rend incapable à un moment de créer ce lien et donc nous amène à nier l'autre. L'analyse de la relation avec la personne maltraitée montre souvent qu'à ce moment-là, son comportement a fait violence au soignant qui n'a pas pu prendre de la distance et a réagi également par un acte de violence.

De plus, l'aspect violent du soin peut apparaître lors d'un soin imposé à un enfant ou un adulte « pour son bien ». Cet acte a un objectif structurant et lui maintient un statut de sujet. Il peut cependant générer de la frustration et de la colère chez la personne soignée, et parfois des sentiments désagréables tels que la culpabilité chez le soignant ou l'observateur (stagiaire). S'il ne s'agit alors pas de maltraitance, on peut comprendre que cela soit vécu comme tel par l'un des acteurs.

---

<sup>9</sup> DREES, janvier 2005, « Perceptions et réactions des personnes âgées aux comportements maltraitants : une enquête qualitative », *Etudes et résultats*, n°370, pp. 1.

<sup>10</sup> BAUCHOT L., « Les enjeux psychiques de la maltraitance », in *Enfance et maltraitance : prévention*, Session du réseau des écoles de service public, 5 mars 2007, Angers.

Enfin, la confrontation aux mêmes patients au long cours, aux difficultés psychiques, à la dégradation physique et/ou psychique, à la vieillesse, à la mort peut générer un sentiment d'impuissance. Comme le fait d'avoir un rôle maternant envers une personne âgée, il peut à certains moments renvoyer au soignant une situation personnelle douloureuse. C'est l'analyse de sa pratique qui permet de comprendre le mécanisme en jeu. Cela implique d'accepter ses propres limites et sa propre vulnérabilité.

#### C) Les facteurs individuels chez le professionnel

Ce sont eux qui priment, puisque la maltraitance naît dans la dimension psychologique de l'agent devenant maltraitant. A un moment donné arrivent des émotions, l'angoisse, la peur, le rejet. Ils créent un conflit intrapsychique, sur lequel le professionnel n'a pas appris à mettre de mots. Alors, l'agent se montre incapable de faire face à la situation en respectant la personne dont il doit prendre soin. Différents éléments peuvent en être la cause. Le plus souvent, c'est la situation de soin relationnel elle-même. L'insécurité peut également être un facteur fragilisant pour le soignant. Le stress peut avoir de multiples causes telles que la surcharge de travail, le manque de temps pour s'occuper des patients, la mauvaise ambiance, les conflits latents ou exprimés dans l'équipe mais aussi des problèmes personnels (qui n'ont pas pu être « laissés à la porte de l'unité de soins »). Si ce stress dure et si le soignant n'a pas appris à connaître ses propres limites, c'est alors l'épuisement professionnel. On peut aussi trouver l'argumentation de la contrainte comme soin adapté, de la même façon que certains gestes ont pu être considérés comme éducatifs par le passé. Enfin, des traits de personnalité fragile voire pathologique du soignant (pervers ou sadique) sont rares mais possibles. Cependant, si un acte de maltraitance peut avoir lieu, on peut penser qu'il y a certes un dysfonctionnement à un niveau individuel, mais également à un niveau institutionnel.

#### D) Les facteurs institutionnels

Ils peuvent toucher différents niveaux du fonctionnement de l'établissement.

##### - Le cadre institutionnel

Cela se traduit par l'absence à la fois de projets de soins individualisés partagés et d'un projet de soins partagé dans l'établissement. D'autre part l'absence de respect des professionnels par la hiérarchie peut aussi fragiliser un agent ou une équipe.

##### - L'organisation du travail

Horaires inadaptés, problèmes de management, travail en série et réalisé en routine, moyens matériels insuffisants favorisent une déshumanisation des soins.

##### - La gestion des ressources humaines

Un manque de qualification, l'affectation d'un professionnel dans une unité pour laquelle il n'est pas volontaire, ou bien des effectifs insuffisants, sont des facteurs de risque. Ils peuvent s'ajouter à d'autres facteurs qui contribuent à un stress professionnel. L'absence

de temps de concertation en équipe ne permet ni le réajustement de la prise en charge, ni le partage des problèmes rencontrés par les professionnels. Ceci majore la difficulté par le fait de ne pas pouvoir passer le relais à un collègue lorsqu'un agent se trouve de façon ponctuelle en difficulté. L'absence de formation à la bientraitance est également un facteur de risque. En effet, soigner des personnes psychologiquement fragiles nécessite une bonne connaissance de leur fonctionnement psychique, des façons de soutenir et maintenir leurs capacités.

- Les locaux

Ils peuvent également contribuer à la maltraitance en institution, s'ils sont inadaptés (isolement, surface, hygiène, sécurité, qualité du cadre de vie, possibilité de surveillance par les professionnels, préservation de l'intimité...).

La maltraitance occasionnelle en institution a de nombreux facteurs de risques et recouvre des formes variées. Se pose la question du niveau d'acceptabilité. Poursuivons par l'étude des politiques contre la maltraitance, qui l'illustre.

## **1.2 Les politiques de lutte contre la maltraitance**

La maltraitance est désormais un axe fortement affirmé de la politique de santé publique et en particulier, celle de la prise en charge des personnes vulnérables.

### **1.2.1 L'historique des politiques**

Les étapes les plus importantes sont décrites ci-après et les textes recensés sur le thème listés dans la bibliographie. C'est dans les années 1980 et à propos des enfants, que la maltraitance en institutions est étudiée. A l'époque, les congrès reprennent les communications américaines. Concernant les personnes âgées, la première action significative est associative : en 1995, est créé le réseau national d'écoute pour les personnes âgées victimes de maltraitance ALMA (« ALlo MALtraitance »).

#### A) La politique de lutte contre la maltraitance

La circulaire DAS/DSF n°98-275 du 5 mai 1998 relative à la prise en compte des situations de maltraitance à enfants au sein des établissements sociaux et médico-sociaux instaure une vigilance renforcée dans la prévention et le traitement des affaires de sévices et d'abus sexuels sur les personnes mineures. Le champ de vigilance s'élargit, en 2000, aux adultes vulnérables. La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale vise la gestion et la prévention du risque et protège l'agent signalant (article L.313-24). En janvier 2002, le rapport Debout « Prévenir la maltraitance envers les personnes âgées » officialise la première reconnaissance du problème. En février 2002, un rapport sur la maltraitance des personnes âgées rendu à l'ONU (Organisation des Nations Unies) marque une prise de conscience internationale. Deux circulaires, celle

du 30 avril 2002 relative au renforcement des procédures de traitements des signalements de maltraitance et d'abus sexuels envers les enfants et les adultes vulnérables accueillis dans les structures sociales et médico-sociales et celle du 3 mai 2002 relative à la prévention et la lutte contre la maltraitance envers les adultes vulnérables, notamment les personnes âgées, rappellent et précisent les orientations nationales.

En juin 2003, paraît le rapport de la commission d'enquête sur la maltraitance envers les personnes handicapées accueillies en établissements et services sociaux et médico-sociaux, à la demande du Sénat. L'arrêté du 10 mai 2004 institue le dispositif PRISME (Prévention des Risques, Inspections et Signalements des Maltraitements dans les Etablissements sociaux et médico-sociaux) mis en place par la DGAS. Son volet « SIGNAL » comporte la mise en ligne du logiciel de signalement pour ces établissements. La circulaire du 11 juillet 2005 relative au recensement des actes de violence par la DHOS dans les établissements publics de santé ou dans les établissements sociaux ou médicaux-sociaux intègre les actes de maltraitance et présente la mise en ligne de la fiche de signalement destinée à l'observatoire national des violences hospitalières.

En mars 2006 paraît le rapport de l'IGAS (Inspection générale des affaires sociales) consacré à l'évaluation du dispositif de lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées mis en œuvre par les services de l'Etat dans les établissements sociaux et médico-sociaux. En juin 2006 a lieu la première journée internationale de lutte contre la maltraitance des personnes âgées. Fin 2006, un guide destiné à accompagner les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux dans une démarche de gestion des risques de maltraitance est diffusé par le Ministère de la santé et des solidarités et le Ministère délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la Famille.

Enfin, en mars 2007, ce Ministère publie son plan spécifique. Il est accompagné du décret 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 (son élargissement est nouveau) et de l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance. Il est prévu que l'ANESM (Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux) joue un rôle majeur de promotion de la bientraitance et qu'un correspondant soit désigné dans chaque DDASS. Enfin la généralisation des

antennes d'écoute à tout le territoire et leur élargissement à la population des personnes handicapées sont programmés à l'horizon 2009.

#### B) Le renforcement des droits des usagers

Les textes en lien avec le respect des droits contribuent eux aussi à une politique de bienveillance. La loi du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale, instaure la charte des droits et libertés de la personne accueillie<sup>11</sup>. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé actualise celle de la personne hospitalisée<sup>12</sup>. D'autres structures, souvent associatives, élaborent d'autres chartes qui peuvent s'appliquer dans un établissement de soins psychiatriques. Il s'agit de la charte des droits et liberté de la personne âgée dépendante<sup>13</sup>, la charte de l'utilisateur en santé mentale<sup>14</sup>, la charte européenne de l'enfant hospitalisé<sup>15</sup>, la charte pour les personnes autistes<sup>16</sup>. De plus le renforcement de la participation des usagers (ou de leurs représentants) à la vie des établissements contribue aussi à la prévention. Cependant, à ce jour, l'incidence de la maltraitance est difficile à mesurer.

### 1.2.2 L'incidence de la maltraitance en institution

Si la volonté de recenser progresse, on constate que l'incidence de la maltraitance est encore mal connue et sous estimée. Il n'existe pas de système unique de recensement de la maltraitance en institution. Les données sont recueillies par différents organismes, institutionnels ou associatifs, qui reçoivent les signalements ou des appels téléphoniques.

L'Observatoire National de l'Enfance en Danger (ONED), créé en 2004, agrège les données sur la maltraitance des enfants. Il rassemble les saisines faites au parquet ou au juge pour enfant, les signalements d'enfants en danger de l'Action Sociale (ODAS), les

---

<sup>11</sup> Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie.

<sup>12</sup> Circulaire n°DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées

<sup>13</sup> Etablie en 1997 par la fondation nationale de gérontologie et le ministère de l'emploi et de la solidarité

<sup>14</sup> Signée le 8 décembre 2000 par la fédération nationale des associations d'(ex) patients en psychiatrie et la conférence nationale des présidents des commissions médicales d'établissement des centres hospitaliers

<sup>15</sup> Rédigée à LEIDEN (Pays-Bas) en 1988 lors de la première conférence européenne des associations "Enfants à l'hôpital »

<sup>16</sup> Charte pour les personnes autistes, [consultée le 10.08.07], disponible sur internet : <http://autisme.france.free.fr/charte.htm>

appels téléphoniques au Service National d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance Maltraitée (SNATEM ou « Allo Enfance maltraitée » ou 119), les données fournies par les Conseils généraux... Le SNATEM recensait en 2000 que 3% des auteurs de mauvais traitements signalés appartiennent à des institutions à vocation éducative ou soignante.

La fédération ALMA France anime un réseau de conseil et d'écoute des signalements de maltraitance envers les personnes âgées et les personnes handicapées. En 2003, sur 8600 appels téléphoniques, 50% relèvent directement de situations de maltraitance et parmi ceux-ci, 30% de maltraitance en établissement. Sur ce dernier nombre, les appels viennent des professionnels (49%), des personnes âgées (12%) ou autres (39%). Les catégories de maltraitance « déclarées » sont des négligences (36%), des maltraitements physiques (20%), maltraitements psychologiques (18%), maltraitements financiers (1%). Les victimes sont des femmes (70%), de plus de 80 ans (67 %), et souffrent de dépendance physique ou psychologique plus ou moins lourde. Les auteurs « présumés » sont les personnels pour 65% (dont 41% soignants).

La DGAS recense les signalements de maltraitance et violence dans les établissements sociaux et médico-sociaux. Le bilan 2001-2004<sup>17</sup> en recense 1024 signalements dont 654 la dernière année, ce qui montre l'appropriation de la politique. Sur le dernier nombre, 64% concernent des enfants, 36% des adultes. Le signalement est réalisé dans 53% des cas par le personnel. Les violences évoquées sont sexuelles (57%), de la maltraitance physique (30%), ou psychologique (17%), des négligences graves (13%) ou des privations de droits. Le personnel est mis en cause dans 42% des situations en général et dans 75% des actes vis-à-vis de personnes âgées.

Il n'existe pas de recensement spécifique au handicap, en raison du principe de non-discrimination. La sous-estimation semble encore plus importante pour cette population. De plus, « des recherches démontrent que les personnes atteintes d'une maladie mentale grave sont 2,5 fois plus susceptibles d'être victimes d'actes de violence que d'autres membres de la société <sup>18</sup> ». Il est admis que « le risque augmente avec l'impossibilité de dénoncer les faits <sup>19</sup> » et que la prévalence de la maltraitance institutionnelle est plus importante qu'on ne pense. Les textes prévoient la révélation d'un acte de maltraitance.

---

<sup>17</sup> Disponible sur [www.personnes-agees.gouv.fr/dossiers/maltrait/b\\_signal\\_01\\_04.pps](http://www.personnes-agees.gouv.fr/dossiers/maltrait/b_signal_01_04.pps)

<sup>18</sup> DALLA PIAZZA S., 2007, Violence et vulnérabilité : débusquer, comprendre, agir, Bruxelles : De Boerck et Larcier, pp.182.

<sup>19</sup> DALLA PIAZZA S., 2007, Violence et vulnérabilité : débusquer, comprendre, agir, Bruxelles : De Boerck et Larcier, pp.97.

### 1.2.3 Les modalités de signalement

#### A) Deux voies : interne et externe

On peut définir le signalement (« externe ») comme l'écrit professionnel présentant, après évaluation et de façon objective, la situation d'une personne particulièrement vulnérable et « présumée en risque de danger ou en danger », adressé à l'autorité compétente (administrative ou judiciaire). Il vise à protéger la personne, avertir pour agir ou poursuivre l'action déjà engagée, déclencher une enquête pénale ou administrative d'évaluation. Différent du signalement interne en lien avec la gestion des risques d'un établissement, il peut être réalisé par un agent ou bien la direction de l'établissement.

Nos recherches ont trouvé des avis divergents sur l'obligation (inscrite dans la loi pour tout citoyen) ou la possibilité de signaler un acte de maltraitance, en raison d'une interprétation différente des textes. Le signalement externe, en particulier aux autorités judiciaires concerne les actes considérés comme graves (telles que les enfants en danger). Nous avons choisi la notion de possibilité, en lien avec le contexte (les situations en question se déroulent en institution) et nos valeurs. Le signalement interne par la voie hiérarchique est en effet recommandé. Le préalable de la confiance et de la responsabilisation de chaque professionnel nous permet de poser l'hypothèse que bien informé, il saura prendre la bonne décision. Son premier devoir est de protéger la personne soignée.

#### B) Un principe : protéger la personne et agir avec responsabilité

Le législateur a choisi de responsabiliser les agents en s'appuyant sur leur conscience professionnelle.

La responsabilité personnelle est concernée en cas de non-assistance à personne en péril<sup>20</sup>, non-dénonciation de crime ou mauvais traitement ou délit envers une personne en situation de détresse<sup>21</sup>, voire de complicité ou d'entrave au bon déroulement de la justice<sup>22</sup>.

La responsabilité professionnelle de l'infirmière<sup>23</sup> est spécifiquement engagée puisque son rôle propre comprend le dépistage et l'évaluation des risques de maltraitance.

La responsabilité professionnelle est assouplie par rapport au secret.

La responsabilité du fonctionnaire est engagée car, pour les agents publics, l'article 40 alinéa 2 du code de procédure pénale spécifie : « toute autorité constituée, tout officier

---

<sup>20</sup> Article 223-6 du code pénal

<sup>21</sup> Articles 434-1 à 3 du code pénal

<sup>22</sup> Article 434-6 du code pénal

<sup>23</sup> Article L. 4311-5 du code la santé publique

public ou fonctionnaire qui, dans l'exercice de ses fonctions, acquiert la connaissance d'un crime ou d'un délit est tenu d'en donner avis sans délai au procureur de la République et de transmettre à ce magistrat tous les renseignements, procès-verbaux et actes qui y sont relatifs ».

L'action de protection est privilégiée. « La loi offre la possibilité de taire les sévices dont le professionnel peut avoir connaissance, mais à la condition qu'une action efficace puisse être menée, à son initiative, pour mettre la victime à l'abri d'un renouvellement. Celui qui s'abstient de porter secours par son action personnelle ou par celle d'un tiers s'expose à une condamnation »<sup>24</sup>.

La responsabilité des dirigeants peut être engagée pour complicité ou non-assistance à personne en péril. De plus, l'article 121-3 prévoit le principe de la responsabilité pénale des personnes morales. La responsabilité de l'établissement de santé est donc engagée pour les actes perpétrés en son sein ou bien si son représentant légal n'agit pas en conséquence lorsque des faits lui sont révélés.

La loi<sup>25</sup> prévoit également la protection juridique de l'agent qui révèle les faits avec discernement aux autorités compétentes.

### C) Un impératif : évaluer la situation

Le professionnel qui a connaissance d'un acte de maltraitance ou le suspecte se doit d'évaluer la situation. Il doit d'abord chercher à identifier l'acte lui-même. La maltraitance revêt en effet des formes patentes mais aussi d'autres (par exemple le constat d'un hématome ou le témoignage d'un patient) qui demanderont une enquête. De plus, il doit réfléchir aux conséquences éventuelles de son positionnement. Cela lui permet de prendre une décision réfléchie. S'il y a urgence, le signalement à l'autorité hiérarchique doit être immédiat. Sinon, il est recommandé d'en parler et prendre un conseil interne, voire externe à l'établissement. L'éventualité de poursuites contre le signalant pour dénonciation calomnieuse doit être étudiée. Celles-ci s'appliquent si la personne révèle un fait dont elle sait qu'il est totalement ou partiellement inexact. On peut donc penser que l'absence de mauvaise foi protégera l'agent. Sa décision peut se traduire par la rédaction d'un courrier de signalement au supérieur hiérarchique afin que le directeur

---

<sup>24</sup> LAGRAULA-FABRE M., novembre-décembre 2006, « La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale : pare-feu contre la maltraitance ? », *Revue de droit sanitaire et social*, n°6, pp. 970.

<sup>25</sup> Article 11 de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, paru au Journal Officiel du 14.07.1983, [consulté le 15.08.07], disponible sur internet : [www.legifrance.gouv.fr/texteconsolide/MSEAF.htm](http://www.legifrance.gouv.fr/texteconsolide/MSEAF.htm)

d'établissement s'assure du caractère exact des faits avant de le transmettre au procureur de la République, et dans certains cas par un signalement direct externe.

D) Une possibilité : déroger au secret professionnel et signaler

Le professionnel bénéficie d'une dérogation facultative (en opposition aux dérogations obligatoires) au secret. En effet, dans l'hypothèse où il considère que le signalement est le meilleur moyen de protéger la personne soignée, il peut y déroger, s'il le fait dans les conditions prévues par l'article suivant et sans indiquer le nom de l'auteur présumé de l'acte. Le Code Pénal<sup>26</sup> explique que l'article 226-13 (relatif au secret professionnel) relatif à la révélation d'une information à caractère secret « n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret et en particulier :

- à celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes sexuelles dont il a eu connaissance et qui ont été infligés à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique ;

-au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations, sur le plan physique ou psychique qu'il a constaté dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est mineure, son accord n'est pas nécessaire ;

-aux professionnels de santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police, du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.

Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire. »

Il est réalisé par le responsable d'établissement lorsque l'auteur des actes avérés encoure un risque pénal.

E) Une nécessité : connaître les suites du signalement externe

Elles peuvent être diverses. L'autorité destinataire fait d'abord une évaluation de la situation et des risques encourus par la personne, puis apprécie la suite à donner. Elle peut décider de classer l'affaire sans suite, si elle estime ne pas disposer d'éléments suffisants (si l'auteur de l'infraction ne peut être identifié ou si la preuve n'est pas établie), mais le dossier peut à nouveau être ouvert à tout moment. Elle peut aussi décider de mettre en place les actions en son pouvoir. Le procureur de la République traite le

---

<sup>26</sup> Article 226-14 du code pénal

signalement au plan pénal. Il peut décider d'instruire la plainte (tout courrier faisant état de violence adressé au procureur est considéré comme une plainte). Il peut mandater les officiers de police judiciaire pour enquêter et réunir des informations complémentaires afin d'apprécier si les faits signalés constituent une infraction pénale. Il peut aussi saisir le tribunal d'emblée (si les faits de l'infraction sont réels et si l'auteur et le préjudice sont connus) afin que l'auteur soit jugé. Il peut, si l'affaire est grave et complexe, demander l'ouverture d'une information judiciaire. Le juge d'instruction poursuit les investigations utiles à la manifestation de la vérité : commissions rogatoires, auditions, expertises, confrontations... Puis il peut décider d'un non-lieu ou bien d'un renvoi auprès de la juridiction de jugement compétente. Celle-ci décide de la relaxe (ou de l'acquittement) ou de la condamnation. Les conséquences d'une condamnation pénale éventuelle peuvent être des peines d'amende, d'emprisonnement, de réclusion, voire une peine complémentaire ou de substitution, telles que l'affichage ou la diffusion de la condamnation, l'interdiction d'exercer l'activité professionnelle à titre définitif ou temporaire dans la limite de cinq ans, l'interdiction d'exercer une activité professionnelle ou bénévole impliquant un contact avec des mineurs, l'interdiction d'exercer une fonction publique dans la limite de cinq ans, la fermeture définitive ou temporaire d'établissement.

### **1.3 La maltraitance, un risque spécifique**

Le contexte législatif et réglementaire souligne de plus en plus le rôle des établissements de santé dans la gestion des risques et accompagne le contexte sociétal dans lequel les exigences des usagers se sont développées. La gestion des risques devient une obligation. Les incidents par incompétence ou maladresse sont bien plus fréquents que le manquement délibéré aux obligations professionnelles et la maltraitance peut être considérée comme un risque pour le patient, comme pour le professionnel.

#### **1.3.1 La maltraitance, un risque reconnu**

##### A) La maltraitance, un risque pour le patient

Un risque est une « situation non souhaitée ayant des conséquences négatives résultant de la survenue d'un ou plusieurs événements dont l'occurrence est incertaine »<sup>27</sup>. Sa gestion est la démarche qui consiste à identifier, évaluer, éviter les risques ou à réduire leurs conséquences. L'évènement indésirable est une « situation qui s'écarte de procédures ou de résultats escomptés dans une situation habituelle et qui est ou serait

---

<sup>27</sup> Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé. ANAES. Janvier 2003. Disponible sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

potentiellement source de dommages »<sup>28</sup>. Il en existe plusieurs types : les dysfonctionnements, les incidents, les évènements sentinelles, les précurseurs, les presque accidents, les accidents. C'est donc un évènement regrettable (telle la maltraitance) ou dangereux (telle la maltraitance) pour le patient.

#### B) L'acte de maltraitance, un évènement sentinelle

Un acte de maltraitance peut être considéré comme un évènement sentinelle prédéfini dans un établissement psychiatrique. Il devient alors signe d'alerte et chaque signalement fait l'objet d'une analyse approfondie, afin d'en comprendre les causes et d'en réduire la survenue. Le signalement interne institué dans la plupart des établissements de santé vise la connaissance des risques a posteriori. Ses limites observées sont une sous-déclaration constante et importante des risques liés aux activités de soins, en particulier lorsque l'évènement met en cause une personne, ce qui est le cas de la maltraitance. Cela s'explique par la crainte de la sanction (directe ou non) et le changement de culture (de l'erreur à la faute). Une politique de prévention s'attache à traiter les incidents car ils sont forcément plus nombreux que les accidents. Or dans le cas de la maltraitance, les incidents sont rarement signalés, il convient donc aux acteurs de proximité (cadres de santé) de mettre en place un système de vigilance, prêter attention à ces actes précurseurs, utiliser une pédagogie de l'erreur lorsque c'est adapté. Alors l'erreur de l'un sert au collectif.

#### C) Un risque spécifié dans la procédure de certification

La procédure de certification évalue à la fois la qualité de la prise en charge du patient (en particulier le respect de ses droits) et les pratiques professionnelles. Dans ce domaine, l'évaluation des pratiques de la contention est souvent choisie dans les établissements psychiatriques ou de long séjour. Elle contribue à réduire le risque de contention abusive, considérée comme une maltraitance. De plus, le critère 21c du manuel de certification de 2007 concerne spécifiquement la maltraitance. Il est libellé ainsi : « La prévention de la maltraitance du patient au sein de l'établissement est organisée ». Le résultat attendu est que les professionnels soient sensibilisés à la prévention de la maltraitance, qu'ils appliquent les bonnes pratiques en matière de contention, que les personnes et les situations à risque soient identifiées et qu'un dispositif de signalement interne et externe soit en place.

---

<sup>28</sup> Manuel d'accréditation des établissements de santé de l'ANAES (septembre 2004)

#### D) Des outils d'évaluation de ce risque

Divers organismes ont construit des grilles d'évaluation. Le Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées a mis en ligne un guide de gestion des risques de maltraitance et de violence dans les établissements sociaux et médico-sociaux<sup>29</sup>. Il présente une typologie des risques répartis en 3 chapitres (conditions d'installation, d'organisation et de fonctionnement) et propose un modèle de tableau de bord. Le CREA Rhône-Alpes a formalisé un questionnaire-type<sup>30</sup> visant à l'auto-évaluation de la prévention institutionnelle. Il interroge par exemple, le climat socio-émotionnel, les stratégies éducatives, les indices de détérioration. S. Dallo Piazza propose la grille BARO VIPHA (Baromètre Violence Institutionnelle à l'égard de Personnes Handicapées Adultes<sup>31</sup>) qui mesure le climat institutionnel et évalue la violence.

Tous ces moyens visent la prévention de la maltraitance, qui passe par le repérage des incidents et accidents pour un traitement a posteriori. Or le constat est double : d'une part des actes peuvent être passés sous silence, et d'autre part, décider de révéler n'est pas facile. Le témoin est la personne qui voit et/ou repère une situation anormale. Lorsqu'il décide de la porter à la connaissance d'un autre professionnel (qui peut être l'auteur), cela signifie qu'il a pris conscience du caractère anormal de la situation et décidé d'agir. Nous cherchons à mieux comprendre quels sont les freins à l'expression de cette parole.

#### 1.3.2 Les difficultés liées à la révélation

La première difficulté est de repérer la maltraitance, soit par manque de connaissance, soit parce qu'elle est subtile, soit par justification professionnelle (soigner, cadrer, éduquer, protéger). D'autres difficultés s'y ajoutent.

#### A) De la part des personnes soignées et à leur entourage

La vulnérabilité des patients, l'incompréhension, la honte, la dévalorisation de l'image de soi, la peur, le tabou, en particulier lors d'agressions sexuelles et l'isolement (absence de

---

<sup>29</sup> MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE et MINISTERE DELEGUE A LA SECURITE SOCIALE, AUX PERSONNES AGEES, AUX PERSONNES HANDICAPEES ET A LA FAMILLE, septembre 2006, « *Guide de gestion des risques de maltraitance en établissement* », [consulté le 08.05.07], disponible sur internet : [http://www.personnes-agees.gouv.fr/dossiers/maltrait/guide\\_gdr.pdf](http://www.personnes-agees.gouv.fr/dossiers/maltrait/guide_gdr.pdf)

<sup>30</sup> GRECO J., juin 2004, « Prévention, révélation et traitement des situations de maltraitance », in : CREA (Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptée) Rhône-Alpes, « *Le traitement de la maltraitance dans les institutions. Références, protocoles et procédures* », dossier n°134.

<sup>31</sup> DALLA PIAZZA S., 2007, *Violence et vulnérabilité : débusquer, comprendre, agir*, Bruxelles : De Boeck et Larcier, pp. 223.

famille) sont les principaux freins recensés. De la part de l'entourage, cela peut être la peur que la personne soignée ait à quitter l'établissement suite à cette révélation.

#### B) De la part des professionnels

De nombreux freins ont pour origine la peur. La peur de dénoncer peut rejoindre la peur de se tromper (et donc de risquer une calomnie), la peur de briser la carrière du collègue concerné, la peur d'être jugé par ses collègues et sa hiérarchie, la peur de conséquences personnelles négatives (isolement dans l'équipe, rejet, nécessité de changer d'unité, voire d'établissement, perte d'emploi), la peur des conséquences judiciaires (peur des conditions de l'enquête, peur d'un éventuel procès lors duquel il faudra témoigner...). Les scrupules déontologiques et les réflexes de prudence traduisent parfois cette peur.

Le témoin vit un conflit de valeurs, entre valeurs professionnelles et non professionnelles. Les valeurs professionnelles, sur lesquelles reposent la déontologie et le respect du droit des patients, incitent à dénoncer l'acte de violence. Mais alors il y a deux sortes de conséquences possibles. Certaines sont positives : des mesures sont prises afin que le professionnel cesse. D'autres sont négatives : les relations avec le professionnel dénoncé deviennent difficiles. Les valeurs non professionnelles, elles, privilégient le maintien de la qualité de ces relations, donc l'intégration du témoin dans l'équipe. Cependant là aussi deux sortes de conséquences sont possibles, la tranquillité relationnelle d'une part, le non-respect de la déontologie (d'où un sentiment de culpabilité) et le risque que d'autres incidents se produisent d'autre part.

Un sentiment de honte peut également expliquer ces freins : honte de travailler dans ce service, honte de ne pas avoir le courage de se positionner face au collègue maltraitant ou de le signaler aux autorités hiérarchiques. Il peut parfois s'agir de l'addition d'une honte individuelle et d'une honte collective, qui relie les professionnels comme une souffrance partagée et silencieuse. Le passage à l'acte maltraitant « anesthésie » son auteur et ses témoins, par contagion. Il empêche ou freine leur capacité à penser et ressentir, donc bloque leur parole.

Si certains témoins ne parlent pas, on peut penser qu'ils ont plus intérêt à ne pas signaler qu'à signaler, que leur enjeu est de travailler « en paix ». Cette difficulté à signaler est renforcée par la volonté de chaque professionnel à continuer de travailler dans l'unité. On peut penser qu'un professionnel souhaitant quitter le service et/ou l'établissement pourrait « profiter » de ce choix pour signaler l'évènement à la direction et on peut comprendre qu'un stagiaire ait plus de facilité pour le faire.

Révéler, c'est mettre à la lumière l'acte de maltraitance, qui peut être une erreur, un manquement aux obligations professionnelles et/ou un délit. Face aux difficultés spécifiques de ce signalement, il convient de mettre en place les moyens de libérer la parole, mais aussi de responsabiliser les professionnels, en les informant des sanctions possibles.

### **1.3.3 Les sanctions encourues par l'agent maltraitant**

Des suites disciplinaires sont possibles lorsque l'acte de maltraitance est considéré comme inacceptable par l'institution. La sanction vise le caractère professionnel de l'acte de maltraitance. La réglementation varie selon le statut de l'agent. Pour les agents titulaires, l'échelle des sanctions disciplinaires est définie dans l'article 81 du titre IV du statut général, modifié par les dispositions de l'article 47 de la loi du 18 janvier 1994. Au nombre de 9, ces sanctions sont classées en 4 groupes et par ordre croissant de sévérité. Les sanctions du premier groupe (avertissement, blâme) correspondent à des sanctions morales, prononcées par décision motivée de l'autorité ayant pouvoir disciplinaire. L'avertissement, verbal ou écrit, a pour objectif d'attirer l'attention de l'agent sur son comportement. Il ne figure pas au dossier de l'agent, ce qui signifie que le rapport qui a donné lieu à cette sanction n'y figure pas non plus. Le blâme, inscrit au dossier, influe sur la notation et l'avancement pour une durée de trois ans (au terme de laquelle il sera automatiquement supprimé si aucune sanction nouvelle n'est intervenue entre temps). Il a pour objectif de signifier avec plus de forces à l'agent les conséquences de son comportement. La procédure disciplinaire s'applique pour les sanctions à partir du 3<sup>e</sup> groupe. La suspension préalable permet en cas d'acte de maltraitance considéré comme une faute grave d'éloigner l'agent des patients. Il s'agit d'une mesure conservatoire et temporaire jusqu'à la tenue du conseil de discipline (dans un délai d'un mois). Celui-ci émet un avis au vu duquel le directeur prend une décision. Puis il la notifie, en informe l'agent ainsi que des voies de recours.

Le directeur des soins dispose d'un pouvoir discrétionnaire (celui de choisir entre au moins deux décisions qui sont aussi légales l'une que l'autre). Il peut l'exercer dans certaines situations de maltraitance. Par exemple, face à un comportement maltraitant sans conséquence grave et ponctuel, faut-il solliciter une sanction disciplinaire ou non ? Et si oui, laquelle ? Cela pose la question de la dimension éthique de la prise de décision.

### **1.3.4 La prise de décision éthique**

Prendre une décision (ici, celle de solliciter ou non une sanction), c'est faire un choix et passer à l'action. Cela nécessite d'analyser les objectifs, les enjeux et les moyens. Ce processus peut comporter des phases de réflexion collective et/ou individuelle. La prise de décision intègre la priorisation de valeurs, le respect de la loi, la recherche de justesse,

la cohérence avec les projets, la congruence avec d'autres décisions prises antérieurement. L'objectif est de prendre la décision qui semble la meilleure à un moment donné.

L'éthique est selon Paul Ricoeur, « la visée de la « vie bonne », avec et pour autrui, dans des institutions justes »<sup>32</sup>. C'est ici la recherche de la décision juste dans un contexte professionnel donné. La démarche éthique en situation professionnelle comporte d'après J-F. Claude<sup>33</sup>, 3 dimensions. La première est le rapport à l'institution. En effet, la décision doit s'inscrire dans sa stratégie et sa culture. Son enjeu consiste à produire du sens pour le collectif. La seconde dimension est le rapport aux autres, qui repose sur l'attention à l'autre et la responsabilité. Son enjeu est la confiance. La troisième dimension est le rapport à soi puisqu'il convient d'agir au mieux. L'enjeu est l'estime de soi.

Une décision a plus de chance d'être éthique (et acceptée) si le directeur des soins est capable d'argumenter les raisons qui l'ont conduit à la prendre. Cela peut être alors une « décision juste et justifiable »<sup>34</sup>. Cela nécessite certes de connaître les règles du droit et de clarifier ses propres valeurs, puis savoir les hiérarchiser mais aussi savoir identifier les conflits de valeurs lorsqu'ils se présentent. Lorsque ceux-ci le touchent plus particulièrement ou dans les situations plus complexes et plus difficiles, le directeur des soins doit être capable de faire un travail sur lui, savoir prendre du recul et chercher à apprendre des expériences. Cela concerne son savoir-être et son savoir-agir.

### **1.3.5 La gestion d'une situation exceptionnelle**

Le rôle du directeur des soins consiste avant tout à traiter les dysfonctionnements quotidiens (ou superviser leur gestion). En effet, les minimiser ou rationaliser équivaut à les ignorer. Il peut cependant arriver que le directeur des soins ait à gérer ou à participer à la gestion d'une situation exceptionnelle de maltraitance suite à une révélation (l'évènement) en raison de la gravité des faits et/ou de la médiatisation. « Une situation exceptionnelle se définit par 4 critères : elle peut survenir à tout moment, de manière

---

<sup>32</sup> RICOEUR P., 1990, *Soi-même comme un autre*, Seuil, Paris, L'ordre philosophique, pp. 202.

<sup>33</sup> CLAUDE J-F., 2002, *L'éthique au service du management*, 2<sup>e</sup> édition, Rueil-Malmaison : Editions Liaisons, pp. 62.

<sup>34</sup> LAGREE J., « Peut-on former à l'éthique ? », in ECOLE NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE, Rencontre organisée par le département Politiques et Institutions de l'ENSP : *Former à l'éthique dans une Ecole de santé publique*, 24 avril 2007, Rennes.

imprévue ou non, c'est une urgence, elle nécessite des mesures exceptionnelles »<sup>35</sup>. Alors l'objectif est qu'elle ne devienne pas une situation de crise, confrontant l'institution « au déferlement, au dérèglement, à la décrédibilisation, aux divergences et à la déstabilisation (règle des 5 D de Lagadec)<sup>36</sup> ».

La participation du directeur des soins à la gestion de ce type de situations consiste à participer à la cellule de crise, à l'établissement du diagnostic de crise, à la conception de la stratégie de communication, à la communication, au suivi et enfin à l'évaluation des actions puis des modalités de gestion de cette situation ou crise. La communication en est un axe important puisque cette situation requiert une implication particulière et donc une forte présence de l'équipe de direction. Elle représente un enjeu pour l'équipe de direction de l'établissement, car elle permet de conforter leur légitimité. Elle commence par la communication avec les tutelles et se poursuit parfois par celle avec les médias. Elle vise à démontrer la reconnaissance de la situation et des victimes, sa prise en compte avec professionnalisme et responsabilité. Elle vise aussi à réduire ou éviter les rumeurs et doit donc se dérouler en interne comme en externe.

Le directeur des soins peut contribuer à la gestion du risque médiatique. En effet, une situation de maltraitance est un sujet apprécié des médias, parce qu'il s'agit d'une situation d'exception, qu'elle comporte une victime et crée une polémique, qu'elle signifie des causes et des conséquences à explorer. La communication avec les médias se prépare. Elle se doit d'être réactive et transparente, mais aussi cohérente, authentique, forte et minimale en expliquant les faits et les mesures mises en œuvre.

Après avoir exploré le thème de la maltraitance, sous ses aspects professionnel, juridique, éthique et son contexte institutionnel, nous avons prolongé notre recherche en rencontrant des professionnels dans plusieurs établissements gérant des services de psychiatrie ou accueillant des populations vulnérables.

---

<sup>35</sup> PARENT B., 24 juin 2007, « Gestion de crise et communication de crise », cours aux élèves directeurs des soins, Rennes : ENSP.

<sup>36</sup> *Ib.*

## **2 L'ENQUÊTE ET L'ANALYSE DES DONNÉES**

### **2.1 La méthodologie**

Nos objectifs sont de mieux comprendre les difficultés que pose aux professionnels la gestion de la maltraitance en institution et d'identifier les actions de prévention.

#### **2.1.1 Les entretiens**

##### **A) Le choix d'entretiens semi-directifs**

L'entretien semi-directif a été choisi comme méthode principale d'enquête, car il permet d'explorer l'analyse que les professionnels ont de leurs pratiques. La conduite semi-directive facilite cette production d'un discours sur l'expérience et les liens que font les professionnels entre différentes situations vécues. Elle convient particulièrement au sujet de la maltraitance, qui est encore tabou et ne fait pas l'objet de pratiques harmonisées.

##### **B) Leur contenu**

L'objectif général est de savoir comment le responsable exerçant dans un établissement gérant des secteurs de psychiatrie (ou des populations vulnérables comparables) agit face au risque de maltraitance. L'interview s'intéresse à la description des situations les plus marquantes, à la réflexion sur les difficultés rencontrées, qu'elles soient spécifiques d'un cas ou communes à plusieurs, à l'analyse de la pratique et à la mise en place des actions préventives. Le guide de questions utilisé lors de cette enquête est présenté en annexe I. Chaque entretien a débuté par une question ouverte sur la gestion des situations par le professionnel rencontré. Nous avons abordé 3 thèmes : la révélation, le traitement et la prévention des situations de maltraitance. Les questions ouvertes du guide nous ont permis de relancer l'interview ou faire préciser des réponses.

##### **C) Leurs modalités**

L'entretien est enregistré afin de favoriser la qualité de la communication en nous rendant plus disponible pour reformuler, approfondir, recentrer sur le sujet et s'assurer de l'exhaustivité des questions. Chacun a été précédé de la présentation des objectifs de ce travail et de l'assurance du respect de la confidentialité.

#### **2.1.2 La population ciblée**

##### **A) Les professionnels rencontrés**

Ces entretiens sont réalisés auprès de professionnels de catégories différentes dans plusieurs établissements afin d'obtenir une variété de pratiques mais aussi une

complémentarité (points de vue, attentes vis-à-vis de la direction des soins) lorsqu'ils travaillent dans le même centre hospitalier. La répartition des professionnels par établissement est synthétisée dans un tableau en annexe II.

Les catégories professionnelles concernées sont les suivantes : directeur des soins (3), directeur des ressources humaines, responsable de cellule juridique, cadres supérieurs de santé (3).

Ces professionnels exercent dans 6 centres hospitaliers qui sont spécialisés en psychiatrie ou gèrent des unités de psychiatrie et/ou gériopsychiatrie et/ou populations psychiatriques déficitaires et/ou unités de soins de longue durée accueillant des personnes psychiquement dépendantes.

Deux entretiens complémentaires ont été réalisés, l'un avec le responsable assurance qualité d'un centre hospitalier spécialisé, l'autre avec une directrice des soins devenue formatrice à la bientraitance.

## B) Les établissements

L'établissement B. est un établissement spécialisé en psychiatrie disposant d'une capacité de 452 lits et places. Il gère des secteurs de psychiatrie générale pour adultes, des intersecteurs de pédopsychiatrie et des structures médico-sociales (un centre spécialisé dans les troubles de la mémoire, une maison d'accueil et un foyer d'accueil spécialisés). Nous y avons rencontré un directeur des soins, un directeur des ressources humaines et le responsable juridique.

L'établissement S., également spécialisé en psychiatrie, gère des secteurs de psychiatrie adulte et des intersecteurs de pédopsychiatrie, un service de psychogériatrie, des maisons d'accueil spécialisées et un foyer occupationnel. Sa capacité est de 708 lits et places. Nous y avons interviewé un directeur de soins et deux cadres supérieurs de santé.

L'établissement F., spécialisé en psychiatrie, gère des secteurs de psychiatrie adulte et des intersecteurs de pédopsychiatrie, des services de psychogériatrie. Il dispose de 1390 lits et places. C'est l'un des directeurs de soins qui a participé à l'enquête.

L'établissement M. est un établissement de soins généraux, disposant de 1863 lits et places dont des lits de soins de longue durée. Un cadre supérieur de santé détaché à la direction des soins a contribué à ce travail.

L'établissement de N., autre centre hospitalier de soins généraux, dispose de 1019 lits et places dont des lits de soins de longue durée et de secteurs de psychiatrie adulte et de pédopsychiatrie. Nous y avons enquêté auprès du cadre supérieur de santé gérant le pôle de gériologie.

L'établissement de L. est un hôpital local de 424 lits avec un foyer pour adultes handicapés. Le cadre supérieur de santé a participé à l'enquête.

### **2.1.3 L'étude de documents**

Lorsque les entretiens ont donné lieu à la communication d'écrits institutionnels (procédure formalisée par exemple), leur étude a prolongé l'enquête. Ces documents contribuent également à la formulation de nos préconisations.

### **2.1.4 Les limites**

La première limite de ce travail tient au temps imparti pour sa rédaction et à ses conséquences. Le nombre de professionnels rencontrés est insuffisant pour établir des généralités, il permet cependant de repérer des constantes. Les moyens utilisés visaient plus à obtenir une variété d'expériences, de points de vue et d'analyses de pratiques qu'un échantillon représentatif des modes de gestion de la maltraitance (objectif illusoire). De ce fait, les résultats de l'enquête ne comportent donc que peu de données chiffrées. Le fait qu'il y ait différentes catégories professionnelles majore cette limite.

La seconde limite de l'enquête tient à sa part subjective. De la part des professionnels d'abord : nous avons cherché à recueillir leurs difficultés ressenties lors de la gestion des situations de maltraitance. Cela nécessite du temps pour les laisser s'exprimer librement à partir d'exemples de situations. L'entretien se déroule à distance des événements et les éléments rapportés sont donc filtrés par leur prise de recul et les autres situations vécues depuis. Ensuite, il est probable que notre propre système de représentations ait agi comme filtre subjectif au cours de ces entretiens et de leur analyse.

## **2.2 L'analyse et les résultats**

L'exploitation des entretiens est présentée en fonction des thèmes de notre questionnement. Tous les professionnels rencontrés ont exposé des situations de maltraitance (de la révélation aux conséquences des décisions prises), soit un total 25.

### **2.2.1 La révélation des situations de maltraitance**

#### A) Qui révèle les faits ?

A cette question les professionnels rencontrés répondent tous que ce sont des témoins directs d'un acte de maltraitance, ou vécu comme tel, qui ont révélé la situation problématique. Ils sont professionnels le plus souvent, contractuels ou titulaires, plus rarement victimes ou familles de victimes. Sont cités :

- des étudiants en soins infirmiers (très souvent cités),
- des collègues proches de l'agent maltraitant (également souvent cités), jeunes diplômés ou expérimentés, aides-soignants, infirmiers ou cadres de santé,
- des professionnels extérieurs à l'établissement comme « *un ambulancier* »,

- des patients victimes (cités par l'un des directeurs des soins qui a réalisé sa carrière dans le même établissement),
- des familles, comme les « *parents d'enfants suivis en hospitalisation de jour* », ou une association de parents d'autistes pour un autre.

Un avis souvent partagé est qu'être extérieur à l'institution facilite la révélation. Les arguments sont que le futur professionnel (c'est le cas le plus souvent exposé) aurait un regard plus neuf par rapport à des comportements ou habitudes devenus quotidiens dans une unité de soins et moins de craintes sur les conséquences de la révélation. Plusieurs situations exposées expliquent que les difficultés sont cependant bien présentes.

#### B) Comment se déroule la révélation ?

Pour l'ensemble des personnes interrogées, la révélation est le plus souvent faite par oral avant d'être confirmée par écrit soit spontanément, soit sur sollicitation après que le témoin ait été reçu en entretien par un responsable hiérarchique. En général les faits sont d'abord rapportés au sein de l'unité (auprès d'un collègue et/ou du cadre de santé) par le témoin, puis à la direction des soins s'ils sont graves par la voie hiérarchique. Il arrive qu'ils soient transmis directement au directeur des soins, si l'agent pense que son témoignage n'est pas suffisamment pris en compte ou après la fin de leur stage pour les étudiants en soins infirmiers.

Des cadres supérieurs décrivent quelques situations où l'information n'est pas parvenue au directeur de soins. Deux types de raisons sont évoqués. La première explication donnée est le manque de positionnement de l'encadrement. Ils font part de situations dont ils ont été témoins ou dont ils ont eu connaissance lorsqu'ils étaient infirmiers ou cadres de santé et qui ont été gérées au niveau du service sans être transmises à la direction des soins, alors qu'à leur avis cela était nécessaire. Dans certains cas, ils expliquent que si des faits similaires se sont produits une fois qu'ils ont été cadres ou cadres supérieurs, le traitement en a été différent : ils en ont alors informé le directeur des soins. On peut penser que cela est lié au fait que la maltraitance soit désormais moins taboue ainsi qu'à leur propre positionnement à la fois hiérarchique et professionnel. La deuxième raison pour laquelle la situation n'est pas transmise au directeur des soins est un réel choix de la gestion au niveau du service de l'incident et les mêmes agents ont pu en être acteurs. En effet, ils ont parfois estimé que l'acte étant ponctuel, il n'était pas nécessaire de « *le faire remonter* ». Ils ont réalisé un entretien d'évaluation avec l'agent maltraitant, lui ont demandé de ne pas recommencer et ont exercé une vigilance. Parfois ils ont transmis l'information au directeur de soins, à distance de l'évènement.

C) Qui sont les auteurs de maltraitance ?

Les catégories professionnelles les plus souvent citées sont les professionnels « au contact » des patients : infirmiers, aides-soignants, cadres de santé, éducateurs. On trouve aussi des témoignages à propos d'autres professionnels tels qu'un chauffeur-livreur ou des médecins. Il s'agit d'hommes et de femmes, expérimentés ou non.

D) Quels sont les faits révélés au directeur des soins ?

On retrouve :

-des abus physiques, tels que des « coups », « gifles », « cheveux tirés », des gestes exercés avec « trop de force lors d'une contention physique pour maintenir un patient agité », des gestes donnés « en réaction à un comportement agressif » ou vécu comme tel, venant du patient (« coup de pied », « avoir recraché son traitement »), des rudoiments, une toilette ou la fin d'une douche « à l'eau froide », la « contention non justifiée », des « repas servis trop rapidement », des repas où « l'ensemble des aliments sont mélangés dans le bol »,

-des violences psychiques ou morales, telles que le fait d' « entrer dans une chambre sans frapper », les « insultes » ou « injures », le fait d' « être déshabillé sans échange de paroles », des soins réalisés sans préservation de la dignité,

-des violences médicales ou médicamenteuses, telles que le « traitement per os donné de force », le « refus de traitement antalgique ».

Au moment de l'acte, le professionnel en cause est souvent seul avec le patient.

E) Quelles sont les victimes ?

Les victimes citées représentent toutes les populations soignées en psychiatrie. Elles sont soit vulnérables du fait de leur âge ou leur pathologie, soit agressives ou menaçantes envers les professionnels. On retrouve :

-des adultes hospitalisés,

-des personnes âgées soignées en gériopsychiatrie ou gériatrie,

-des personnes fragilisées par leur état de dépendance physique et/ou psychique, déficitaires, polyhandicapés,

-des enfants hospitalisés en service de pédopsychiatrie, de façon partielle ou complète.

F) Quelles sont les causes ou facteurs favorisant la maltraitance ?

Sont cités :

-la vulnérabilité des patients,

-l'épuisement professionnel de l'agent (souvent cité et alors relié à la spécificité du soin, par exemple en unité de soins au long cours pour patients déficitaires et/ou âgés),

- l'organisation, les soins en série, la « *routine* » (avec le paradoxe constaté parfois des professionnels qui s'organisent pour réaliser rapidement les soins et faire de longues pauses entre eux),
- la rationalisation d'un acte considéré comme un soin à dimension éducative envers un patient déficitaire (l'argument avancé par l'auteur est que la « *force* » de l'acte est la seule façon de poser une limite que le patient peut comprendre),
- la problématique individuelle de l'agent avec la violence, sa sensibilité personnelle qu'un soin ou un type de prise en charge réveille un jour,
- l'architecture inadaptée, l'absence d'intimité,
- le « *mimétisme* », la pression sociale à faire comme les collègues, pour faciliter l'intégration à une équipe.

G) La maltraitance est-elle considérée comme un risque professionnel ?

Les personnes répondent toutes par l'affirmative. Cependant ce risque n'est pas intégré au document unique lorsqu'il est finalisé dans le centre hospitalier en question.

H) Quels sont les freins à la révélation ?

Lorsqu'il est question d'analyser les résistances au signalement, certains professionnels citent des expressions fortes (« *loi du silence* », « *omerta* »). Les causes suivantes sont repérées.

Tout d'abord la peur : la « *peur de dénoncer un collègue* », la « *peur de représailles* », c'est-à-dire d'être exclu du groupe social que représente l'équipe (avoir à quitter un service voire l'établissement suite à cette révélation). Dans plusieurs cas, cette peur fait suite à des menaces réelles de l'agent maltraitant ou à des pressions d'autres professionnels de soins (paramédicaux ou médicaux). Il y a parfois la peur de ne pas être protégé par la hiérarchie.

Le fait de croire que la force était la réponse la plus adaptée est également cité. Il concerne les situations où un agent doit maîtriser un patient agité. Cela est à mettre en lien avec la peur de la violence du patient. Alors, en contrepartie à l'action du collègue intervenant facilement et efficacement en renfort dans ces situations de risque, ses gestes trop violents sont tus, déniés, voire soutenus. On peut penser qu'il s'agit d'une rationalisation, liée à une méconnaissance des techniques de défense et de contention physique non violentes.

I) Quelles sont les difficultés rencontrées par le directeur de soins ?

La principale difficulté identifiée par les directeurs de soins est liée à la révélation elle-même. C'est plutôt son absence ou son « *manque de précision* », qui empêche une investigation et un traitement approfondis. Sont cités : la « *loi du silence* », la révélation tardive, l'absence de révélation de faits antérieurs. Le silence de l'encadrement alors qu'il

a connaissance des faits est particulièrement reproché. La difficulté de certains cadres de santé à rédiger un rapport circonstancié est parfois citée.

Dans certaines situations, l'agent qui est venu témoigner oralement « *ne souhaite pas rédiger de témoignage écrit* ». Plusieurs exemples de conséquences nous ont été exposés. Dans l'une, c'est le conseiller juridique qui a alors saisi le témoignage que l'agent a accepté de signer. Dans l'autre, le directeur des soins a adressé un courrier à ce témoin dans lequel il lui demandait de « *bien vouloir porter par écrit les dysfonctionnements qu'il a observé et signalé par oral* », puis il l'informait que « *si ces faits étaient avérés ou se reproduisaient, sa responsabilité pourrait être engagée pour non assistance à personne en danger* ». Ensuite il a informé le cadre de soins de l'unité des faits rapportés et lui a demandé « *d'exercer une vigilance particulière vis-à-vis de l'agent soupçonné* ». Les autres situations sont restées sans suite.

Un délai de plusieurs semaines entre le constat des faits et leur signalement est souvent cité. C'est le temps de la réflexion nécessaire au témoin. En particulier pour des étudiants en soins infirmiers, cela correspond aux différentes étapes que représentent la fin du stage, le retour à l'institut de formation, le temps pour en parler avec un enseignant, puis le contact avec la direction des soins du lieu de stage. S'il est un inconvénient parfois pour l'enquête, ce délai peut aussi permettre au témoin d'avoir plus d'assurance dans sa décision de révéler une situation et d'en assumer les conséquences. Mais cela n'est pas systématique.

### **2.2.2 La gestion de la situation de maltraitance**

Les professionnels, en particulier les directeurs de soins, nous ont expliqué les différentes phases du déroulement de la gestion des situations rencontrées. Nous avons constaté avec eux une complexité quasi-systématique, une hétérogénéité des pratiques, une hétérogénéité des décisions prises parfois dans un même établissement à quelques mois d'intervalle. L'évolution au fil des ans vers une harmonisation et une cohérence de politique managériale est cependant souvent décrite (et représente une attente). Ce sont en effet les actions managériales qui sont décrites d'emblée. Les actions auprès du patient concerné reviennent aux professionnels de l'unité. Il s'agit de la poursuite des soins et de la prise en charge en tenant compte de son état, de sa capacité et/ou volonté à parler de la situation vécue et en évaluant « *les conséquences de cet évènement* ». Dans certaines situations, le cadre supérieur de santé s'est rendu auprès du patient pour lui dire qu'il avait été informé des faits et lui communiquer ses droits.

#### **A) Quelle est la procédure de gestion et quel est le rôle du directeur des soins ?**

Le directeur de soins évalue systématiquement le degré d'urgence de traitement de la situation révélée. Parfois, il juge utile de rencontrer d'abord l'auteur du signalement pour un complément d'information et un début d'analyse de la situation. Il informe le directeur

des ressources humaines et/ou le directeur de l'établissement. Dans le cas de la suspension de l'agent, le directeur des soins le rencontre le jour-même pour l'informer puis l'agent reçoit le courrier.

Dans certaines situations, le directeur, lors d'un comité de direction, a pu décider d'une enquête administrative à laquelle le directeur de soins a participé. Elle est souvent réalisée conjointement par le directeur des ressources humaines et le directeur des soins. Ceux-ci se répartissent parfois les rôles lors de la conduite des entretiens. Par exemple, dans l'établissement B., « *le directeur des ressources humaines rappelle le cadre législatif et réglementaire et le directeur de soins mène l'entretien* ». Cette enquête a pour objectif de vérifier les informations et d'évaluer la suite à donner. Il s'agit de s'assurer de la crédibilité du témoignage et éliminer une recherche éventuelle d'intérêt. Elle consiste en une série d'entretiens, individuels et/ou de confrontation, qui ont lieu en présence d'un tiers et font l'objet de compte rendus signés par les personnes en présence. Il arrive que chaque agent de l'unité concernée soit vu en entretien.

Le plus souvent les directeurs de soins rencontrés expliquent que les décisions sont ensuite prises en comité de direction. Le directeur de soins met en place les actions qui sont propres à son champ d'action : animation d'une réunion d'équipe dans l'unité de soins concernée, programmation d'actions à moyens et long terme...

#### B) Cette procédure est-elle formalisée ?

Un seul des établissements, le centre hospitalier M., a formalisé la gestion d'actes de maltraitance. Il a rédigé deux procédures de gestion de maltraitance (« *involontaire* » et « *volontaire* ») auxquelles sont annexés la fiche de signalement de situation de violence destinée à l'observatoire national des violences hospitalières, 3 lettres-types (accusé de réception du signalement, demande d'informations et des dispositions prises, signalement à la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales), un enregistrement destiné à assurer la traçabilité des actions, un contrat d'objectif d'amélioration personnelle entre le cadre et l'agent en cause.

Le centre hospitalier B. a formalisé le recueil du témoignage.

#### C) Quels sont les éléments d'aide à la décision ?

Les critères cités, qui concourent à la prise de décision, concernent la personne soignée d'une part et l'agent en cause d'autre part.

-Ceux qui concernent le patient sont :

- la gravité des faits,
- le préjudice subi,
- sa capacité à réagir,
- sa réaction et/ou celle de ses proches (c'est-à-dire s'il y a ou non, dépôt de plainte),

-Ceux qui concernent le professionnel sont :

- l'existence d'antécédents ou non,
- la capacité de l'agent à reconnaître les faits, à « *prendre conscience de son acte* » et à se donner les moyens de ne pas recommencer,
- ou au contraire sa banalisation voire son déni.

Nous avons constaté la recherche d'une décision éthique. Le but est que la réponse soit respectueuse de la loi, graduée en fonction de la gravité des faits, adaptée au patient victime et au professionnel en cause.

D) Quelles ont été les conséquences des signalements gérés ?

Nous avons constaté avec les professionnels rencontrés que le plus souvent les procédures ont évolué au cours des années pour gagner en rigueur. Les décisions citées prises par les directeurs de soins et/ou équipes de direction sont :

- l'absence de décision (par exemple, « *il n'y a pas de suite donnée au signalement lorsque celui-ci n'est pas écrit et que l'agent soupçonné nie les faits* » explique un directeur des soins),
- une période probatoire,
- l'affectation de l'agent dans une autre unité, voire hors des unités de soins,
- une sanction morale, donc sans conseil de discipline,
- la fin de contrat ou la non-titularisation,
- la suspension temporaire préalable,
- la procédure disciplinaire et les décisions qui peuvent en découler, telles que 15 jours d'exclusion temporaire ou plus, 3 mois, par exemple, donc sans conservation du traitement,
- le signalement aux autorités administratives et judiciaires,
- le dépôt de plainte contre l'agent auteur,
- l'organisation de l'accompagnement de l'agent signalant, de celui qui est soupçonné, de celui qui est reconnu auteur, des équipes concernées.

Certaines décisions peuvent se cumuler ou se succéder. Par exemple, une sanction disciplinaire peut être accompagnée d'un changement d'affectation.

Plusieurs situations ont été suivies de recours de la part de l'agent sanctionné devant le tribunal administratif.

E) Quels sont les problèmes rencontrés dans la gestion d'un acte de maltraitance ?

Les difficultés recensées concernent l'analyse de la situation d'une part et les conséquences des décisions prises d'autre part. La principale difficulté est d'évaluer s'il y a maltraitance avérée ou non et de mesurer la gravité de l'acte. C'est la difficulté à qualifier les faits rapportés (faire la distinction par exemple entre « *faire manger de force et stimuler une personne à s'alimenter* », « *la loi punit clairement la violence mais pas la*

*maltraitance psychologique* »). Plusieurs professionnels font le lien avec un manque de compétences de l'encadrement à reconnaître les situations de maltraitances, soit que les situations étaient observées mais non révélées, soit que le cadre de santé ne soit pas formé à leur identification.

La révélation d'un acte de maltraitance bouleverse l'institution. Elle peut provoquer des réactions de défense qui renforcent les difficultés à gérer le signalement pour le directeur de soins et/ou l'équipe de direction. Il est parfois difficile de recenser et conserver (rétractation possible) des témoignages. La justification des actes est parfois avancée (par exemple par « *ceux qui sont fiers d'être là pour maîtriser le patient* »). Le retournement de la situation peut aussi se présenter (« *l'agent accusé a formulé divers reproches à propos de l'agent qui l'a dénoncé, en particulier son manque d'expérience* »). De plus, l'agent en cause reconnaît rarement les faits, par méconnaissance ou par déni (« *je n'ai jamais entendu quelqu'un reconnaître les faits, même s'il y a des preuves ou des témoignages* » dit un directeur des soins). Le fait de recevoir des « *pressions* » de membres du personnel médical ou paramédical et le fait que l'agent qui a révélé la situation subisse ce même type de pressions sont cités à plusieurs reprises. L'attitude de certains représentants du personnel est également citée. Il arrive qu'ils banalisent l'acte et/ou prennent comme arguments pour défendre l'agent, « *les effectifs insuffisants, le rythme de travail ou un problème d'encadrement* ».

Ensuite, certaines conséquences des décisions prises peuvent poser problème. L'affectation, parfois nécessaire rapidement, de l'agent en cause dans une autre unité est présentée comme une difficulté, puisqu'il n'y a pas forcément de poste vacant adéquat. En effet, des critères de choix (horaires, population soignée) sont posés. Par exemple, un poste de jour facilite la vigilance du cadre de santé vis-à-vis du comportement de l'agent. Parfois le changement d'affectation de l'agent signalant a également été nécessaire pour le protéger et le soutien dont il a besoin peut s'étendre sur une longue période (« *durant deux ans, j'ai soutenu les agents qui avaient dénoncé leur collègue et ressentaient parfois de la culpabilité* » relate un cadre supérieur).

Enfin la recherche de solutions comporte des actions à court, moyen et long terme. Elle peut demander la réorganisation du travail dans une unité, ce qui implique l'accompagnement dans l'étude des tâches, la réflexion sur l'emploi du temps de la personne soignée avant celui du professionnel, la remise en question des horaires de certains soins, l'adaptation des horaires des professionnels, le réajustement des fiches de poste.

Il arrive aussi que la décision prise par le directeur de l'établissement ne soit celle souhaitée par le directeur de soins et que cela lui pose difficulté. L'un décrit que cela a majoré son « *sentiment d'échec managérial* » et son inquiétude face au risque de récurrence.

### 2.2.3 Les moyens de prévention

Les personnes rencontrées parlent de la nécessité de mettre en place une vigilance et décrivent une large palette d'actions à visée préventive, se déclinant aux différents niveaux de la gestion institutionnelle. Quelques exemples viendront les illustrer plus précisément.

#### A) Les actions stratégiques générales

Les actions décrites s'ancrent dans une dimension politique puis s'étendent sous divers aspects opérationnels. Au niveau de la politique globale d'établissement, la responsabilité et l'implication du directeur des soins au sein de l'équipe de direction sont cités et se déclinent ainsi :

- La formalisation du projet de soins et sa déclinaison par pôle,
- La recherche d'une organisation des soins favorisant la bienveillance,
- La structuration de la politique d'encadrement, c'est-à-dire la formulation des attentes explicites du directeur de soins vis-à-vis de l'encadrement et l'organisation qui en découle,
- La politique de vigilance centrée sur la maltraitance elle-même (« *la direction de la qualité demande des explications lorsqu'une fiche signale un hématome ou une chute* », « *le directeur des soins explique à l'encadrement qu'il attend que les situations de maltraitance connues soient signalées* »),
- La politique d'évaluation de la qualité et des pratiques professionnelles,
- L'organisation de l'accueil des étudiants en stage,
- Le projet architectural,
- Les conditions de travail,
- La communication interne et particulièrement le fait d'apporter des réponses aux questions posées (par exemple, « *dire si oui ou non tel matériel sera acquis cette année* »).

#### B) Les actions stratégiques en lien avec la gestion des ressources humaines

L'implication du directeur des soins dans ce champ et sa collaboration avec la direction des ressources humaines sont décrits ainsi :

- L'évaluation des compétences des professionnels et le travail accompagnateur pour bien connaître les agents, être capable d'identifier leurs qualités

relationnelles, leur capacité à se remettre en question, leurs difficultés et leurs besoins en formation,

- L'affectation du nouvel agent dans une unité de soins pour laquelle il est volontaire à chaque fois que cela est possible ou alors une « *affectation contractualisée* » (avec l'assurance d'un mouvement à une échéance fixée),
- Parfois l'accompagnement de cette affectation par une formation sur la spécificité du public soigné,
- L'organisation de la mobilité (« *pour lutter contre l'épuisement professionnel* », « *pour les unités les plus sensibles* »), avec les difficultés qui peuvent se poser (« *elle est difficile à mettre en place pour les aides-soignants, car il n'y en a pas dans chaque unité* », « *il est difficile de définir des critères de priorité quand il y a trop de demandes de mouvements en même temps* »),
- La reconnaissance et la valorisation du travail réalisé,
- La formation continue à l'évaluation des situations de maltraitance et à la bientraitance d'abord, mais aussi à la gestion des situations de violence, aux droits des patients, sous la forme de jeux de rôles (« *où on fait vivre au professionnel ce qu'un patient peut vivre* »), ou d'une formation-action avec accompagnement à la formalisation de principes de bientraitance et à leur évaluation,
- La formation à la connaissance de soi intégrée à la formation initiale.

L'implication du directeur des soins est intégrée à cette politique générale. Les attentes plus particulières concernent sa « *disponibilité vis-à-vis des équipes* », la gestion des effectifs (« *adéquate en qualité et en quantité* », le « *remplacement des absences* »), le fait qu'il « *tienne ses engagements vis-à-vis des équipes* ».

### C) Les actions au niveau des unités de soins

Au niveau des équipes de soins, les actions concourant à la prévention se déroulent au quotidien dans un travail de fond et sont pilotées par les cadres. Le directeur des soins en initie, pilote, promeut, facilite ou supervise leur réalisation. Cela concerne :

- La formalisation d'un projet d'unité, de pôle,
- La mise en place d'un projet de soins pour chaque patient, et son réajustement régulier,
- L'organisation des soins centrée sur le patient (« *laisser dormir le patient la nuit et différer le change* », « *servir le repas en 2 services si les patients sont difficiles* »...),
- L'organisation d'espaces de réflexion sur le soin (« *réfléchir à ce qui peut être violent dans le soin ?* ») et les prises en charge en particulier si elles sont difficiles (réunions d'équipe),

- La mise à disposition de temps de psychologue pour faciliter l'analyse de pratiques et mettre en place la supervision,
- La possibilité de passer le relai à un collègue lorsque l'agent se trouve en difficulté lors d'une prise en charge,
- Le soutien des initiatives de l'équipe,
- La remise en question des pratiques (comme le fait de ne « *tutoyer que si la personne soignée le demande* »),
- Le travail sur la gestion des situations de violence (« *la reprise des actes, en particulier par le corps médical* »),
- La mise en place d'une culture de vigilance par le cadre de santé, vis-à-vis du respect du patient en toute circonstance, en particulier lors des moments d'agitation, d'agressivité, de contention ou d'installation en chambre d'isolement,
- L'implication du cadre de santé en général, dans sa gestion de proximité (« *assister aux temps de transmission* », « *accompagner les jeunes professionnels* »),
- La rigueur dans l'évaluation des agents, avec la formulation d'objectifs individuels d'amélioration,
- L'effort de sensibilisation fait à l'accueil de stagiaires et des nouveaux agents en particulier s'ils sont sans formation,
- Le réinvestissement collectif de toute formation (« *de retour d'une action de formation, l'agent en fait une présentation à l'équipe, qui se détermine ensuite des objectifs d'amélioration* » explique un cadre supérieur),
- L'accompagnement d'un agent qui a été maltraitant, « *de près, en évitant au maximum de le laisser seul avec un patient* », « *en lui proposant de suivre une formation* ».

#### D) L'évaluation de la bientraitance

L'établissement N. a formalisé des règles de bonnes pratiques, donc de bientraitance, en gériatrie et a initié leur évaluation. Elles ont été déterminées lors d'une formation-action et font l'objet d'un affichage dans les unités. Regroupées dans un « code de respect de la personne âgée en institution », elles présentent 12 droits fondamentaux inspirés de la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante. Pour chacun, elle précise ce qu'il implique pour le personnel soignant. Par exemple, le 4<sup>o</sup> principe est : « Le résident a le droit d'exprimer ses choix et ses souhaits ». Et les attentes envers les professionnels sont : « Au jour le jour, laisser le choix et accepter le refus ; savoir proposer, savoir négocier ; être attentif aux désirs changeants du résident ; prendre le temps d'expliquer à la personne ».

Une grille d'auto-évaluation du respect de la personne âgée dans la pratique quotidienne a été construite. Elle comporte 3 références (relations, soins, environnement), qui se divisent en thèmes puis en 41 critères. En voici des exemples.

-Relations soignants-résidents : « Frappez-vous à la porte avant d'entrer ? », « Attendez-vous une éventuelle réponse avant d'entrer ? », « Evitez-vous de porter des jugements sur le résident ? »,

-Relations entre résidents : « Etes-vous soucieux d'instaurer le respect entre résidents ? »,

-Toilette : « Veillez-vous au respect de la pudeur et de l'intimité du corps ? »,

-Habillage : « Etes-vous attentifs à leur image ? »,

-Elimination : « Respectez-vous la pudeur lors de l'élimination ? »,

-Alimentation : « Etes-vous attentif à la manière de servir et de présenter l'assiette ? »,

-Repos et sommeil : « Respectez-vous les habitudes de vie pour les heures de lever et de coucher ? »,

-Liens sociaux : « Laissez-vous le choix de l'animation ? »,

-Spiritualité et valeurs : « Offrez-vous la possibilité au résident de pratiquer sa religion ? »,

-Autonomie : « Cherchez-vous à développer l'autonomie lors des soins ? », -

Environnement : « Etes-vous attentif à la propreté des locaux ? ».

L'évaluation prévue tous les 2 ans, se déroule de la façon suivante. Chaque soignant reçoit une grille, s'auto-évalue et la remet de façon anonyme dans une boîte aux lettres. Les résultats sont dépouillés puis remis au cadre de santé, qui organise une réunion d'équipe afin de définir de nouveaux objectifs pour les deux années à venir.

Cette action est adaptable à d'autres publics puisqu'elle énonce le respect de la personne dans tous les actes de la vie quotidienne.

#### **2.2.4 La synthèse**

Cette enquête a illustré de nombreux éléments législatifs, réglementaires et théoriques abordés en première partie et a permis de confirmer ou moduler nos hypothèses émises.

- A) La gestion des situations révélées de maltraitance impliquent fortement le directeur des soins et l'équipe de direction de l'établissement.

C'est effectivement le cas. Mais l'enquête montre que l'ensemble du service de soins, voire de l'établissement est également fortement impliqué. Le constat d'un acte bouleverse le témoin. Sa décision de transmettre l'information à sa hiérarchie mobilise émotions, positionnement et engagement. La révélation provoque des émotions chez tous ceux qui l'apprennent. Au niveau de l'équipe de direction, les décisions successives, prises dans l'urgence ou non, mobilisent de nombreuses capacités et ressources : analyse, réflexion, échanges sur les valeurs, communication interne. Elles demandent cohérence et cohésion. La tenue d'un conseil de discipline, le signalement aux autorités,

la mobilisation des professionnels et/ou de leurs représentants, voire la médiatisation renforcent ces difficultés. L'encadrement est sollicité de la révélation au suivi des actions. Le discours des professionnels rencontrés fait apparaître qu'ils ont vécu ces situations à gérer comme une expérience, mais aussi parfois comme une épreuve. Nous reformulons donc notre hypothèse de la façon suivante :

La gestion des situations révélées de maltraitance implique fortement l'encadrement, le directeur des soins et l'équipe de direction.

B) Les freins à la révélation sont nombreux.

Les freins repérés dans l'enquête reprennent les principaux éléments trouvés dans la recherche théorique : peurs diverses et rationalisation. Le constat partagé est que la maltraitance est probablement moins taboue qu'elle n'a été au niveau des directions et services des soins. Cependant, la difficulté à révéler reste et l'incidence de ce problème est mal connue. Les professionnels rencontrés formalisent peu le suivi de ces situations, qui n'est pas intégré à la gestion des risques.

Notre hypothèse peut être reformulée ainsi :

Les freins à la révélation restent nombreux.

C) Chaque situation est singulière et nécessite une prise de décision éthique.

La singularité de chaque situation a été décrite par les professionnels rencontrés. La difficulté à définir la maltraitance en est une cause. Si la question de cette définition n'était pas abordée de façon explicite dans l'enquête, elle est cependant apparue au fil des entretiens. Nous avons constaté la complexité à qualifier l'acte de maltraitance dans la description de certaines situations. Les conditions de l'enquête ne nous ont pas permis d'ouvrir la discussion sur ce sujet.

La complexité de la prise de décision a également été confirmée, elle est liée à la complexité de l'analyse de la situation en fonction du contexte institutionnel. Les professionnels ont énoncé leurs attentes : un engagement de l'équipe de direction pour une décision partagée et éthique.

Cela confirme notre hypothèse.

D) La politique de promotion de la bientraitance s'appuie sur le projet de soins, le projet de management et le projet de formation.

Les professionnels ont tous décrits des actions de prévention de la maltraitance s'inscrivant dans ces 3 dimensions. Ils ont ajouté la nécessaire implication du directeur des soins dans la politique de gestion de la qualité et des risques, en particulier dans la promotion de l'évaluation des pratiques professionnelles. Si cet axe peut certes être intégré au projet de soins, il est aussi intéressant de le spécifier. De plus le projet architectural et le programme d'amélioration des conditions de travail ont complété les

moyens cités pour la mise en œuvre de cette politique. Cela nous amène à reformuler notre hypothèse de la façon suivante :

La politique de promotion de la bientraitance s'appuie sur la déclinaison du projet d'établissement, en particulier le projet de soins, le projet de management, le plan de formation, le programme de gestion de la qualité et la sécurité, l'évaluation des pratiques professionnelles, le projet architectural et le programme d'amélioration des conditions de travail.

L'exploration d'un cadre de référence et l'enquête auprès des professionnels nous ont permis le réajustement de nos hypothèses. Nos propositions sur la contribution du directeur des soins à la gestion et la prévention des situations de maltraitance en établissement psychiatrique s'appuient sur ces conclusions.

### **3 LA CONTRIBUTION DU DIRECTEUR DES SOINS A LA GESTION DU RISQUE DE MALTRAITANCE**

Nous avons vu que des situations de maltraitance avérée relèvent clairement de la sanction et du droit pénal alors que d'autres renvoient à la relativité de la définition du terme et ouvrent le questionnement sur la formation professionnelle et l'éthique. Notre premier niveau de propositions concerne la gestion de la révélation d'une situation de maltraitance, car le risque zéro n'existe pas. Le second niveau de propositions aborde la prévention, visant à réduire les situations de mal-traitance, à cultiver la bientraitance et à mettre en place une « maltrato-vigilance ».

#### **3.1 La gestion d'une situation de maltraitance révélée**

La mise en place d'une culture de vigilance face au risque de maltraitance ne suffit pas à éviter un incident. C'est pourquoi nous proposons quelques pistes pour faciliter la prise de décision pour tout agent, l'encadrement et le directeur des soins. Le rôle de celui-ci est intégré à chaque étape du processus : suspicion ou constat, gestion du signalement, gestion d'une crise. Une procédure n'est qu'un guide et il convient de tenir compte de la singularité et de la complexité de chaque situation. La première proposition est la formalisation d'une procédure de signalement interne d'un acte de maltraitance.

##### **3.1.1 Une conduite à tenir en cas de suspicion ou de constat de maltraitance**

Ses objectifs généraux sont que le sujet ne soit plus tabou institutionnellement et que les agents sachent comment agir s'ils sont témoins d'un tel acte. Cette conduite à tenir en cas de suspicion ou de constat de maltraitance doit expliciter les informations à faire remonter par l'encadrement et le lien avec le système de signalement des événements indésirables, car elle s'inscrit dans la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité. C'est un circuit de signalement interne. Cependant par souci d'information et de transparence, la possibilité d'un signalement externe peut y apparaître.

Une telle procédure concerne tout agent suspectant ou constatant un acte de maltraitance d'un agent envers une personne soignée. Ses objectifs opérationnels sont de repérer au plus tôt tout acte de maltraitance envers une personne soignée et d'organiser les actions nécessaires. Elle doit intégrer la définition de la maltraitance et la typologie des actes, tels que décrits dans la première partie.

Les actions conseillées sont les suivantes. Lorsqu'un agent identifie une situation de maltraitance avérée ou à risque, il se doit d'évaluer la situation, si possible avec le reste

de l'équipe pluriprofessionnelle. En effet il doit à la fois être réactif et distancié, prendre la mesure de ce qu'il a vu ou suspecté et de son ressenti. Puis, si l'acte de maltraitance est confirmé ou si la suspicion persiste, il en informe oralement son supérieur hiérarchique (ou, en particulier s'il estime nécessaire une mesure de protection, le cadre d'astreinte ou l'administrateur de garde) et/ou la direction de l'établissement. Les conseils pour la rédaction d'un rapport circonstancié peuvent être annexés à la procédure.

En cas de doute sur la nécessité de signaler ou en cas de non réactivité, l'agent peut prendre conseil auprès d'une association ou institution spécialisée dans l'écoute et le recueil des actes de maltraitance, dont les coordonnées sont indiquées dans le document. En cas de difficultés, il peut adresser un signalement d'une personne en danger au procureur de la République, éventuellement de façon anonyme. Il n'est pas tenu d'apporter la preuve des faits.

### **3.1.2 Une procédure de gestion d'un signalement de maltraitance**

Cette procédure nécessite une analyse de situation à chaque étape. Il est également important de respecter tout au long du processus la réglementation au sujet du droit pour l'agent soupçonné, comme la présomption d'innocence et le droit à la communication de son dossier à l'agent (l'établissement n'y est pas tenu lors de l'enquête administrative). La décision éthique n'est pas formalisable, elle est de la responsabilité de l'agent qui la prend. Quelques pistes sont proposées tenant compte de la gravité des faits et de l'intentionnalité de l'auteur.

#### **A) Recevoir le signalement**

Face à la révélation ou l'information sur la suspicion d'un acte de maltraitance, la première action du directeur des soins, comme de tout responsable, consiste à évaluer la situation et à solliciter le déclenchement d'une enquête interne. Il se peut que le témoignage ait été donné oralement. Le responsable demande alors à l'agent témoin de rédiger sans délai un rapport circonstancié à l'attention de sa hiérarchie comportant son identité (nom, prénom, fonction), la description des faits constatés (date, heure, lieu, circonstances, description, c'est-à-dire : qui a fait ou n'a pas fait quoi, comment, en présence de qui), l'identité et l'état de la victime (état de choc, présence de blessures apparentes, d'ecchymoses...), les faits rapportés (X m'a dit : «... »), l'identité de la personne en cause si celle-ci est connue (nom, prénom, fonction), le nom et les coordonnées des autres témoins éventuels. Il indique des faits précis et vérifiables, sans jugement de valeur et précise les conditions de travail, les réactions suscitées, les conséquences apparentes de l'évènement, les mesures prises. Le rapport circonstancié est transmis par la voie hiérarchique à la direction des soins ou toute autre direction concernée.

Si le témoin ne souhaite pas rédiger de rapport circonstancié alors que les faits évoqués ont une certaine gravité, le directeur des soins peut adresser un courrier à l'agent afin de lui demander de bien vouloir porter par écrit le dysfonctionnement signalé oralement et lui rappeler l'engagement de sa responsabilité si ces faits étaient avérés et se reproduisaient.

#### B) Préparer la prise de décision par une enquête administrative

La direction de l'établissement informée peut décider de réaliser une enquête administrative interne préalable afin de confirmer la matérialité des faits et prendre les mesures qui s'imposent. Il s'agit de recueillir preuves et témoignages. Les entretiens se déroulent en présence d'un tiers (témoin du déroulement). Des représentants de la direction, le directeur des ressources humaines et le directeur des soins par exemple, reçoivent le témoin, lui demandent des explications complémentaires, l'informent de ce qu'il encoure (risque de plainte pour diffamation), lui expliquent l'accompagnement que l'établissement peut lui procurer et les étapes suivantes si le témoignage est maintenu. Si c'est le cas, un entretien avec l'agent suspecté est organisé, afin de lui faire part des éléments signalés, rechercher des informations, telles que la reconnaissance ou non des faits, la vérification des propos du témoin (faits précis, date et horaires, traçabilité au dossier du patient, recherche d'intérêt du témoin...). Une synthèse est présentée au directeur. Une confrontation entre la personne suspectée et le témoin peut aussi être organisée. Alors après lecture du témoignage, il est demandé au témoin de confirmer ses dires, puis des explications sont demandées à l'auteur présumé.

Durant cette phase, le rôle plus spécifique du directeur des soins pourra aussi concerner la victime : évaluer l'intérêt et la pertinence de l'interroger, selon le degré de gravité de l'acte et son état de santé, savoir si elle souhaite porter plainte et dans ce cas, s'assurer de son accompagnement. De plus, il s'assurera de sa protection et son information sur ses droits (et/ou à sa famille, tuteur...). Il assure également la protection de l'agent signalant. Cela nécessite qu'il se rende disponible pour les professionnels, la victime, son entourage si besoin.

#### C) Prendre une décision éthique

Cela s'appuie sur une démarche de résolution de problème et débute par l'analyse rigoureuse de la situation. Celle-ci étudie l'acte de maltraitance au regard de l'état clinique du patient, des aspects juridiques et déontologiques, des facteurs individuels de l'agent maltraitant, du contexte institutionnel, en particulier l'organisation du travail et la qualité du management. Elle se déploie sous différents angles : la comparaison avec d'éventuelles situations antérieures, les dimensions sociologique et systémique, les points de vue des

différents acteurs. Elle allie rigueur et compréhension. Le directeur des soins et/ou le comité de direction envisage différentes décisions possibles et cherche à évaluer leurs avantages et désavantages, donc leur impact prévisible.

Si l'agent ne reconnaît pas son acte, on cherche à comprendre à quelle croyance son comportement envers le patient a fait appel puisqu'il l'a considéré comme potentiellement efficace. Il s'agit d'identifier si c'est en lien avec une conception du soin ou bien des valeurs plus personnelles que professionnelles. Les objectifs sont de comprendre le comportement maltraitant (en particulier ses circonstances de survenue), de responsabiliser son auteur, de prendre une décision conforme à la loi et favorisant si c'est possible l'évolution du professionnel.

#### D) Des pistes de réponses graduées

L'objectif est d'évoluer vers l'harmonisation des décisions prises. Cela nécessite des valeurs et une réflexion partagée au niveau de l'équipe de direction. Le respect de la loi et l'étude de la situation sont les bases de la décision éthique et la sanction disciplinaire un outil de management.

S'il ne s'agit pas d'un acte de maltraitance avérée, le responsable hiérarchique en informe l'agent qui lui a signalé la situation. Cependant en l'absence d'éléments suffisants, une vigilance est mise en place.

S'il s'agit d'un acte de maltraitance involontaire et sans gravité, par méconnaissance ou omission, l'approche situationnelle vise à ne pas stigmatiser la personne maltraitante, à la compréhension des facteurs de cause et à mettre en place des mesures d'accompagnement. La protection de la personne maltraitée peut se faire par le retrait temporaire de l'agent en cause de la prise en charge. Le responsable hiérarchique peut fixer des objectifs d'amélioration à l'agent, accompagnés d'un calendrier, d'indicateurs de comportement et si besoin de moyens adaptés. Il en assure le suivi. Ce contrat d'objectif(s) entre le cadre et l'agent peut être formalisé. Un modèle est proposé en annexe III. Le directeur des soins en est informé oralement. En cas de récurrence ou de non atteinte des objectifs, le cadre rédige un rapport circonstancié à la direction des soins et/ou à la direction des ressources humaines. Dans certaines situations, une sanction peut être proposée.

S'il s'agit d'un acte de maltraitance avéré et/ou délibéré tel qu'un coup ou une bousculade, les actions suivantes sont réalisées et tracées.

- L'écoute et la prise en charge de la personne maltraitée.

Si les faits sont suffisamment graves et s'il est nécessaire de faire cesser immédiatement une situation de péril pour la personne soignée, le responsable hiérarchique met en place les moyens adéquats ou les sollicite. La protection se fait par le retrait (temporaire ou définitif) de l'agent en cause, afin de lui permettre de réfléchir aux causes de la situation et mettre en place des moyens de prévention. Les soins adaptés (examen médical...) sont réalisés et tracés dans son dossier.

- Les dispositions vis-à-vis de l'agent en cause.

La direction de l'établissement met en place des mesures de protection pour éviter la récurrence. En cas de mesure de suspension administrative conservatoire, elle adresse une lettre en recommandé avec accusé de réception à l'agent pour le convoquer à un entretien. Celui-ci a lieu en présence d'un tiers et officialise l'éloignement de l'agent du patient maltraité, voire de tout patient. Le directeur peut décider de réunir le conseil de discipline qui fera une proposition de sanction.

- L'information aux autorités administratives et/ou judiciaires.

La direction exerce sa responsabilité. Elle contacte le commissariat de police ou la gendarmerie afin qu'ils se rendent sur les lieux, elle peut porter plainte contre l'auteur. Elle procède au signalement aux autorités. Le signalement à l'autorité administrative se fait auprès de la DDASS. Le signalement au procureur de la République s'impose lorsque des violences physiques importantes sont constatées, des violences sexuelles révélées ou lorsque des mesures de protection urgentes sont prises. Le dépôt de plainte de la personne maltraitée (ou son représentant légal) est organisé si la personne le souhaite. Le signalement de situation de violence est réalisé à l'observatoire des violences hospitalières de la DHOS par le biais de l'ARH. Si l'établissement a nommé un référent pour les actes de violence ou maltraitance, celui-ci s'assurera du suivi des actions. L'établissement peut également se porter partie civile afin de « faire valoir l'atteinte portée à sa réputation et celle de la communauté hospitalière du fait d'un comportement isolé, mais également apporter un soutien et une assistance aux victimes immédiates de maltraitements en concourant pleinement à l'œuvre de justice »<sup>37</sup>.

- L'information à la famille et/ou l'entourage de la victime.

Sa pertinence est évaluée et elle est réalisée si nécessaire.

---

<sup>37</sup> HOUDART C., CABE M.-H., FOURE P.Y., novembre-décembre 2005, «Maltraitance : de la suspicion à la révélation », *Revue hospitalière de France*, n°507, pp.47.

- L'information et l'écoute des autres patients sont réalisées si nécessaire.
- Les démarches envers le personnel.

Les effets de la révélation peuvent être divers. Réprobation, indifférence ou soutien peuvent s'exprimer vis-à-vis de l'agent signalant comme de l'agent maltraitant. La direction de l'établissement assure un soutien à l'agent signalant et à l'équipe. Elle met en place une réflexion institutionnelle sur la prévention de la maltraitance. Elle informe le responsable et le cadre supérieur du pôle concerné des démarches réalisées.

La gestion de cette situation implique fortement le directeur des soins et mobilise de nombreuses compétences. Cela nécessite qu'il soit prêt à se remettre en cause, mais aussi parfois à être mis en cause, car c'est un phénomène de défense courant de la part des professionnels et de leurs représentants, en particulier quand la situation se transforme en crise.

### **3.1.3 Gérer la crise et savoir communiquer en cas de médiatisation**

Une fois la crise qualifiée, la mise en place d'une cellule de crise permet la coordination, le directeur des soins y a sa place. L'objectif est de décider du plan d'actions et de communication. Une réunion quotidienne est organisée et tracée. Elle concerne les dernières informations disponibles, les actions en cours, les questions en suspens et les décisions prises. La communication est le facteur de réussite de la gestion d'une situation de crise. L'ensemble de l'encadrement est concerné, de l'unité de soins à l'équipe de direction. Il s'agit de communiquer, à la fois auprès de l'équipe concernée par la révélation et/ou la médiatisation, mais aussi auprès des autres équipes, des proches de la victime et des médias. Tous viendront chercher des explications. Les responsables ont à cadrer cette communication.

#### **A) La communication interne**

La révélation d'un acte de maltraitance bouleverse une équipe, un service, l'établissement. Le directeur des soins a un rôle actif dans cette gestion institutionnelle d'accompagnement de l'encadrement. L'objectif est de remettre les équipes au travail en se centrant sur les prises en charge. Les professionnels ont besoin de s'exprimer, de façon individuelle et collective, d'être rassurés voire protégés. Le rôle de l'encadrement est donc primordial d'autant qu'il doit se donner les moyens d'analyser la situation de la façon la plus sereine et objective possible. Cela nécessite d'être capable de se remettre en question pour mieux identifier les dysfonctionnements qui n'avaient pas été décelés à temps. Des réunions sont à organiser avec les acteurs concernés afin de faciliter leur

expression, trouver avec eux les solutions à la crise, redéfinir les priorités du projet de soins, mettre en place des actions de formation...

#### B) La communication externe

Le directeur de soins peut contribuer à protéger l'image de l'établissement. L'information aux proches est indispensable, les objectifs sont de montrer la prise de responsabilité de l'établissement et rétablir la relation de confiance. La communication aux médias ne doit pas minimiser les faits, mais les résumer et expliquer les actions en cours, en respectant le secret professionnel, la présomption d'innocence et la vie privée du patient.

De façon générale, en interne comme en externe, la transparence est nécessaire. L'objectif est d'éviter les distorsions et rumeurs et de montrer que le problème est pris en compte.

Après la prévention secondaire visant à détecter rapidement, réduire les conséquences d'un acte et sa répétition et la prévention tertiaire visant à limiter les effets liés à la révélation et à ses suites, pour la victime et le milieu professionnel, la contribution du directeur de soins concerne la prévention primaire visant à éviter la survenue d'un acte de maltraitance.

### **3.2 La prévention**

Nous avons vu que le déclenchement de la maltraitance est un processus le plus souvent individuel et intime, correspondant à un échec de la relation et que les dysfonctionnements institutionnels peuvent le favoriser. Il est donc illusoire de penser en empêcher la survenue. Il est là aussi proposé de conjuguer éthique du soin et éthique du management. L'idée est de mettre en place une culture de bientraitance, alliée à une culture de vigilance. Le rôle du directeur des soins vise plus à diminuer les causes de la mal-traitance, à promouvoir une politique de respect des droits des usagers et du « prendre soin » (bientraitance) et à mettre en place une « maltrato-vigilance ». Cette politique repose sur l'affirmation de principes (exigence, affirmation des droits des personnes soignées, humanisme, sanction si besoin...) et se concrétise par la mise en place d'outils (telles que des procédures).

#### **3.2.1 Mettre le patient au cœur du soin**

Mettre le patient au cœur du soin, c'est instituer une réflexion permanente dans ce sens. Cela se traduit d'une part par la réalisation de projets de soins individualisés, d'autre part par une organisation des soins adaptée.

#### A) Formaliser un projet de soins individualisé

Le projet de soins s'appuie sur le respect des capacités et des droits, la prise en compte de ses difficultés et de ses choix. C'est un projet d'accompagnement de la personne soignée à une période de sa vie. Cela implique à certains moments que l'équipe pluriprofessionnelle puisse partager les difficultés rencontrées dans une prise en charge. Cela doit pouvoir se faire par l'analyse de la situation, la verbalisation du ressenti de chacun, la reformulation des objectifs de soins, puis leur réévaluation. Il est montré que les réunions de ce type facilitent la prise en charge des patients particulièrement difficiles. Elles permettent aux soignants de définir ensemble un cadre de soins (des repères, des règles, des limites) pour porter ensemble de façon cohérente le projet de soins. Cela s'inscrit dans une réflexion éthique. Le directeur des soins promeut ces actions en les inscrivant au projet de soin de l'établissement.

#### B) Promouvoir le questionnement éthique

Reconnaître le risque de maltraitance requiert un préalable : la remise en question. Individuelle et/ou collective, elle signifie interrogation des pratiques, confrontation à d'autres regards, discussion sur ce que sont maltraitance, mal-traitance et bientraitance. Consciente qu'elle fait ce qu'elle peut avec les moyens dont elle dispose, consciente que cela s'appelle peut-être mal-traitance, l'équipe soignante peut partager cette difficulté entre ses membres, mais aussi avec le patient et son entourage. Alors la personne soignée redevient sujet, entourée de paroles et dispose d'explications sur le comportement des soignants. Cette problématique doit également être partagée avec l'encadrement pour éviter qu'elle ne devienne chronique, donc n'évolue vers la maltraitance.

Le questionnement éthique concerne aussi la situation de soin particulière, qui met un professionnel ou une équipe en difficulté. Celle-ci peut être analysée en fonction de plusieurs grilles de lecture par l'équipe pluriprofessionnelle. L'intérêt est la recherche d'un consensus, valable à un moment donné, pour cette situation et cette personne. Il se constitue une fois que les professionnels se sont interrogés et ont partagé leurs points de vue sur le respect de la loi, les connaissances scientifiques, leurs valeurs, la clinique, l'évolution de la conception des soins, le projet du patient, les objectifs visés, le respect de ses droits, l'éventail des ressources connues et disponibles. Cela nécessite de considérer la personne soignée comme sujet de droit, acteur de sa prise en charge et auteur de son histoire de vie. Cela permet d'élaborer une nouvelle démarche de soins qui prend alors sens pour l'équipe et lui donne un sens (une direction).

Le questionnement éthique concerne aussi un grand nombre de situations en lien avec le respect des droits du patient en établissement psychiatrique. Il est intéressant de pouvoir échanger sur les pratiques des différentes politiques de soins sectorielles et de confronter les points de vue sur la libre circulation, le tutoiement, la conduite à tenir face à l'agressivité, l'isolement... Certains soins interrogent la dimension légale et/ou les recommandations professionnelles, alors que d'autres comportements se situent en dehors de ce champ tout en interpellant les professionnels. La création d'un « espace éthique », composé de personnes ressources, de façon pluri-professionnelle, pouvant être sollicité par une équipe se considérant dans une impasse thérapeutique, peut être un moyen de développer réflexion, partage mais aussi créativité. Le directeur des soins peut en être un promoteur.

### C) Mettre en place une organisation des soins et des moyens adaptés

La formalisation d'un projet de soins partagé, intégré au projet d'établissement peut faciliter la mise en place de cette organisation. Ce projet se veut porteur de valeurs professionnelles explicites et partagées à propos du soin et de management. Travailler à l'énonciation de ces valeurs contribue à fédérer l'équipe d'encadrement autour d'un questionnement permanent, car leur hiérarchisation est propre à chaque institution et à un moment de son histoire. Ce projet comporte un rappel de définitions : la santé, la maladie, l'être humain, une conception du soin telle que le « prendre soin » formulé par Walter Hesbeen. Il rappelle le respect des droits des usagers et la formalisation de projets de soins individualisés, donc fait la promotion de la bienveillance. Il se décline dans une organisation des soins où le patient a une place centrale. Des moyens de développer le soin relationnel tout en cherchant à lever ce qui peut y faire difficulté sont recherchés. La notion de soignant référent peut en être une illustration. Ce sont les besoins du patient qui servent de base pour élaborer l'organisation, en laissant la place nécessaire aux espaces de réflexion d'équipe et de réflexion éthique. Des méthodes d'évaluation de la charge de travail peuvent permettre de répartir les ressources en fonction des besoins. Cela contribue également au bien-être des professionnels. En complément, la recherche des moyens matériels adaptés sera permanente : aménagement des locaux, achat d'équipements afin d'augmenter la qualité de vie des patients et la qualité de vie au travail des professionnels. Le directeur des soins peut solliciter que des réponses systématiques soient données aux demandes, même s'il s'agit de différer l'achat.

### **3.2.2 Mettre le soin au cœur de la réflexion institutionnelle**

L'objectif est de faciliter le questionnement professionnel. Les moyens en sont l'échange et l'analyse de pratiques. Cela peut recouvrir différentes modalités pouvant s'associer. Les temps d'échanges inter-équipes doivent être suffisants en nombre, fréquence et qualité, avec une participation pluriprofessionnelle. Ils permettent le réajustement du

projet individuel du patient mais aussi l'expression des difficultés lors d'une prise en charge. Les temps d'analyse de pratiques ou de supervision, guidés par un professionnel extérieur à l'institution ont pour plusieurs buts : l'expression et l'écoute des difficultés et de la souffrance de l'équipe, la reconnaissance de ses capacités professionnelles, le soutien, la qualité de vie professionnelle. Il est en effet important que les agents puissent exprimer leurs sentiments « négatifs », tels que l'impuissance, la fatigue, la colère ou un sentiment d'impasse. Ces deux outils permettent de développer les activités d'élaboration théorique et de questionner le quotidien, en particulier certaines situations difficiles. Il s'agit de cultiver diverses capacités : s'étonner du comportement d'un patient, accepter qu'il ne fasse pas ce que l'on attend de lui, se décentrer (savoir que le patient ne nous attaque pas en tant que personne mais vise la fonction réelle ou symbolique que l'on représente pour lui). Cela s'inscrit dans la volonté de toujours chercher à comprendre les situations rencontrées afin d'en apprendre quelque chose. En effet si aucun savoir en tant que tel ne prévient un acte de maltraitance, tout savoir peut produire un apprentissage professionnel individuel et/ou collectif s'il naît de la confrontation à une pratique, à des questions, à la réalité de la relation chaque jour différente. Cela se construit avec rigueur, humanisme, patience et modestie.

### **3.2.3 Mettre les hommes au cœur de la gestion**

Si le directeur des soins a peu l'opportunité d'agir à un niveau individuel, il peut à chaque fois que cela est nécessaire, inciter à la réflexion et à l'entretien de la capacité d'étonnement, entre réalisme et idéal. Il peut surtout promouvoir la considération des agents et un management reposant sur des valeurs, qu'il fait vivre.

#### **A) Développer les compétences managériales de l'encadrement**

Il s'agit d'abord de s'assurer de l'appropriation du projet de soins par les équipes. La répartition de la conduite des objectifs entre les cadres supérieurs peut en être un moyen. La politique d'encadrement consiste également en la rédaction des projets de pôles. Le directeur des soins s'assure des aspects spécifiques en lien avec le risque de maltraitance, en particulier pour les pôles disposant d'unités de soins de gérontopsychiatrie et de populations déficitaires.

Il s'agit aussi de développer les capacités de l'encadrement à animer une équipe. En effet cela contribue à la communication saine, la responsabilisation entre toutes catégories professionnelles et à la culture de gestion des risques. En effet, si la sécurité est une nouvelle exigence des patients, des professionnels et des citoyens, elle nécessite transparence et confiance. Il nous semble que le rôle du directeur des soins est primordial pour manager avec ces valeurs, valoriser les comportements positifs, créer une dynamique d'encadrement axée sur la prise en compte des problèmes identifiés par tout

un chacun, en intégrant la dimension nécessaire du temps pour accompagner le changement.

Il s'agit ensuite de développer des compétences spécifiques. En effet, le rôle de l'encadrement formé à l'identification de la maltraitance et de la mal-traitance est de sensibiliser l'équipe à la problématique et au développement de la bientraitance, de cultiver une rigueur envers la dignité des personnes soignées et une attention soutenue aux comportements des professionnels.

Enfin le directeur des soins contribue à la prévention de la « maltraitance managériale » par la recherche des moyens matériels et humains satisfaisants, par la prévention du burn-out et par sa propre disponibilité envers les agents, les patients et les familles.

#### B) Garantir, développer et valoriser les compétences professionnelles

Cela concerne les compétences individuelles et collectives. Différentes actions complémentaires aux précédentes, contribuent à l'atteinte de ces objectifs.

-Détecter les personnes et les situations à risque, en particulier lors du recrutement. Cela s'inscrit dans le cadre de la collaboration avec la direction des ressources humaines (renseignements sur le casier judiciaire du candidat), l'objectif étant de s'assurer que l'agent n'ait pas d'acte de maltraitance connu. La rencontre du cadre supérieur ou du cadre avec le postulant, et la visite des unités de soins du pôle peuvent être intégrés à la procédure de recrutement.

-S'assurer du niveau de qualification des personnes recrutées.

-Participer à une politique active de qualification et de formation. Il s'agit de sensibiliser les professionnels à la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance. D'autres formations concernant la gestion des situations de violence, les droits des patients, la responsabilité professionnelle, la communication, les pathologies, les soins aux personnes en fin de vie, la gestion du stress et de l'épuisement professionnel, la manutention participent également à cet objectif. La formation recentre les professionnels sur les fondamentaux du soin. Elle redonne du sens au « prendre soin » et ouvre le questionnement sur l'éthique et la responsabilité. Externalisée, elle a l'avantage d'ouvrir à d'autres regards. Réalisée en interne, elle permet d'organiser des formations-actions, véritable accompagnement d'équipe autour d'un projet.

-Affecter les agents dans l'unité de leur choix à chaque fois que cela est possible, et dans la négative, contractualiser l'échéance.

-Mettre en place une politique de mobilité.

-Evaluer les compétences de façon rigoureuse afin de mettre en place les moyens adaptés pour les développer.

-Valoriser les compétences individuelles et collectives. Cela se cultive au quotidien et peut se concrétiser par la publication d'articles et l'organisation de journées à thème où certaines équipes de l'établissement présentent leurs réalisations.

### **3.2.4 Mettre en place une culture de vigilance face à ce risque**

Après avoir mis en place des moyens pour « lutter contre » la maltraitance et promouvoir les actes de bientraitance, il convient de mettre en place une culture de vigilance, intégrée à la politique de gestion des risques. En effet, plus l'attention est précocement et largement portée aux risques, plus la probabilité de voir survenir un acte sera faible. Cela a un impact à des niveaux individuel et institutionnel.

#### **A) La responsabilisation individuelle**

A un niveau individuel d'abord, cela signifie que chaque professionnel connaisse les attitudes et pratiques de bientraitance, les types et signes de maltraitance. Cela demande aussi à chacun d'être capable de se remettre en question professionnellement. Cela s'appuie sur un esprit d'équipe, puisque cela signifie aussi la possibilité de passer le relai à un collègue lorsque l'agent se sent en difficulté ponctuelle, en risque de ne pas pouvoir se maîtriser ou lorsqu'il s'épuise dans une prise en charge au long cours.

#### **B) La détermination de « clignotants institutionnels »**

Cela nécessite de déterminer des indicateurs de risques, faisant office de signaux d'alerte, de former l'encadrement à les déceler et les prendre en compte. Ces « clignotants institutionnels » peuvent être les suivants.

- Dans le cadre des risques liés aux soins : les chutes, hématomes, fugues (à recueillir comme évènements indésirables).
- Dans le cadre de la relation entre le soignant (et/ou l'équipe) et la personne soignée : la perte d'intérêt pour le patient ou pour le soin, le sentiment d'impasse partagé, voire le rejet, le sentiment de peur, individuel ou collectif.
- Dans le cadre de l'organisation des soins : les soins en série, le sentiment de routine, l'absence d'évaluation du projet de soins individualisé.
- Dans le cadre de la gestion des ressources humaines : un taux d'absentéisme élevé, des relations professionnelles conflictuelles, les mouvements fréquents de personnel ou l'absence de mobilité, l'insatisfaction des étudiants en stage.

#### **C) L'implication du directeur des soins dans la politique de gestion des risques**

Le directeur des soins s'implique aux différents niveaux de cette politique.

Au niveau stratégique, il s'implique dans le management des risques en participant au comité de gestion des risques, à l'élaboration du programme, à l'élaboration de règles de fonctionnement en termes de confidentialité et d'immunité, à la responsabilisation des

cadres de santé, à l'élaboration du programme de formation qui contribue à améliorer les pratiques donc réduire les risques. La mise en place d'un observatoire de la violence peut servir de comité de vigilance pour le risque de maltraitance.

Au niveau opérationnel, I participe à la gestion des événements indésirables qui sont dans son champ de responsabilité. Dans la gestion des risques « a priori », il a une connaissance du risque de maltraitance, des unités les plus à risques par exemple. Dans la gestion des risques « a posteriori », il gère les événements révélés et cherche à éviter une nouvelle survenue, participe également au suivi des incidents et accidents du travail (en particulier après agression). Pour faciliter le lien entre la conduite à tenir formalisée et le système de signalement interne, il est possible d'intégrer le risque de maltraitance dans ce dernier, en l'indiquant comme événement sentinelle et recommandant au déclarant d'informer son supérieur hiérarchique. Dans l'hypothèse où cela ne peut se faire (en cas de rétorsion ou de proximité avec le maltraitant), le signalement interne est la solution et il revient au gestionnaire des risques d'obtenir l'accord du déclarant pour en informer le directeur des soins et le directeur des ressources humaines.

A chaque fois que cela sera possible, le directeur des soins fait la promotion d'une culture de l'erreur. En effet, personne ne fait volontairement mal son travail et l'erreur est humaine. Il reste alors à la reconnaître et à chercher à progresser individuellement et collectivement. C'est considérer chaque incident, non comme la faute d'une personne, mais comme l'erreur d'un système et donc rechercher ses différentes causes possibles et mettre en place les actions correctives correspondantes.

Ceci s'intègre à une politique de gestion des risques d'autant plus efficace qu'elle est partagée par l'ensemble de l'équipe de direction. Le directeur des soins peut y contribuer activement. Comme tout changement nécessite du temps, de la formation, des compétences, il doit donc analyser les freins à l'identification de certains risques (qui peuvent être généraux ou bien liés à l'histoire institutionnelle), promouvoir la culture de l'erreur mais aussi de démontrer la volonté de sanctionner les fautes (tout en mettant en place si possible un accompagnement du professionnel). Cela s'appuie sur sa politique de management de l'encadrement et la mise en valeur de la place de chaque professionnel dans le système de production des soins.

#### D) L'implication du directeur des soins dans la politique qualité

La formalisation de procédures est un axe de cette politique. En effet, de nombreuses situations de soins génèrent un risque de maltraitance. La recherche d'un consensus et d'objectifs institutionnels les plus proches possibles des recommandations vise à le réduire. Cela concerne en particulier les pratiques suivantes : l'isolement thérapeutique, la contention en urgence pour un patient agité et violent, la contention de la personne âgée,

la conduite à tenir face à une personne agressive et/ou dangereuse. La prévention et la lutte contre la violence s'accompagne d'un soutien actif par la mise en place de matériels adaptés de prévention et d'alerte. Il est important que ces procédures soient rédigées par un groupe pluriprofessionnel et plurisectoriel et que leur diffusion soit efficace. En effet il est nécessaire de les connaître pour les appliquer et donc éviter des pratiques de maltraitance. Il est également possible d'en informer les familles, en diffusant par exemple une plaquette informative sur la contention.

Un protocole de bientraitance peut être élaboré. Il contient les engagements suivants :

- Le respect de la personne soignée : sa personne, ses droits, son autonomie,
- La formalisation d'un projet de soin pour et avec chaque patient, adapté et régulièrement réactualisé,
- La recherche continue de la qualité des soins,
- La démarche individuelle et collective d'évaluation des pratiques professionnelles,
- La reconnaissance des situations de violence et de maltraitance.

Il peut être décliné plus précisément comme l'a fait l'un des établissements participant à l'enquête par les équipes souhaitant s'impliquer plus fortement dans ce processus. La description des comportements bientraitants renforce alors cet engagement.

#### E) L'implication du directeur des soins dans la politique d'évaluation

Du niveau stratégique à l'opérationnel, cette politique d'évaluation concerne le projet de soins de l'établissement, le programme de gestion de la qualité et de la sécurité, le management, les compétences, les pratiques professionnelles, les projets de soins individualisés. Le directeur des soins peut également contribuer à obtenir des moyens pour organiser l'analyse de pratiques, par exemple après un acte de violence. Il s'implique dans l'évaluation régulière des pratiques professionnelles (individuelles et collectives) en participant au choix des thèmes (accueil, contention, agitation, respect des droits des usagers...), en déterminant des objectifs d'amélioration et en supervisant le réajustement régulier des procédures mises en place. De plus communiquer autour des résultats obtenus et souligner les progrès contribue à valoriser les équipes participantes.

## CONCLUSION

La problématique traitée dans ce travail concerne les situations exceptionnelles de maltraitance en établissement psychiatrique. Au quotidien, les professionnels font de leur mieux avec les moyens dont ils disposent et dispensent des soins de qualité. Cependant le risque zéro n'existe pas. Il n'appartient pas à l'institution en tant que telle, mais fait partie de la relation humaine dans laquelle il restera toujours une part d'inconnu, non maîtrisable. Les actes de mal-traitance ou de maltraitance ne sont probablement pas rares mais leur gravité est en général minime. Ceux qui sont révélés sont considérés par les agents qui en parlent comme suffisamment graves. L'acte de maltraitance renvoie à la déontologie professionnelle, l'acte de mal-traitance à l'éthique, la gestion des deux à l'éthique du management. Chaque situation est en effet complexe et unique, par les personnes en relation (le soignant, le soigné) et l'échec de leur relation. Elle mérite donc un traitement particulier. Reconnaître ce risque est la première étape de sa gestion. Cela permet ensuite de mettre en place une politique de bientraitance et de vigilance collective, à laquelle le directeur des soins va contribuer.

Son rôle se déploie autant au niveau stratégique qu'opérationnel. Tout d'abord, il s'implique dans la politique institutionnelle, en particulier relative à la qualité du soin, la sécurité, le respect des droits des personnes soignées et l'évaluation. De plus il conduit le projet de soins. Il promeut tout ce qui permet de définir ensemble puis concrétiser une politique de soins bâtie sur des bases partagées : des valeurs aux procédures. Il facilite une réflexion permanente sur le soin. Par ces actions, il contribue déjà à la politique de gestion et de prévention du risque de maltraitance. Sa contribution sera d'autant plus active qu'il s'implique dans ses spécificités. Il accepte de parler du problème afin de faire en sorte que ce ne soit plus un tabou. Donc il informe, facilite la formation, participe à l'élaboration d'une politique de sanction et de vigilance. Il propose la veille permanente par rapport à ce risque et la mise en place de « clignotants », indicateurs de dysfonctionnements individuels ou institutionnels. Pour cela, il collabore plus particulièrement avec la direction des ressources humaines et celle de la gestion de la qualité et de la sécurité. Pour assurer sa mission de la meilleure façon, plusieurs qualités sont attendues : humilité, exigence et questionnement.

L'éthique et la promotion de la qualité des soins sont les deux fils qui tissent ce questionnement. La maltraitance, synonyme de non-respect des droits des personnes soignées est contraire au préalable qu'est l'éthique professionnelle. La bienveillance est un terme qui renvoie plus clairement à l'éthique du soin. Le traitement du problème est, lui, relié à l'éthique du management et de la prise de décision. Le thème de la maltraitance illustre que la décision et le questionnement éthiques intègrent la pratique quotidienne du directeur des soins. Nous supposons qu'ils concourent à l'évolution de son efficacité. Pour cela, le directeur des soins s'interrogera sur ce qui dépend de sa fonction et son pouvoir d'action, et ce qui n'en dépend pas. Il cherchera certes à agir avec responsabilité et implication. Il interrogera son quotidien, sera attentif à sa pratique, en particulier sa pratique du respect, jamais acquise, sans cesse réinterrogée par les situations et personnes rencontrées. Il y associera un travail sur lui et l'analyse de sa pratique. Cette auto-évaluation sera tout particulièrement nécessaire lors des situations difficiles et lui permettra de développer son professionnalisme et sa propre compétence.

---

## Bibliographie

---

### ARTICLES

AVELINE L., avril 2003, « Signaler la maltraitance », *L'infirmière magazine*, n°181, pp. 40.

BEAUDET-POUPLIER A., novembre 2003, « Ethique de management à l'hôpital. Une des conditions pour la qualité des soins », *Gestions hospitalières*, n°430, pp.682-687.

BONAFOUS M., avril 2005, «Gériatrie : comment le cadre de santé peut-il prévenir la maltraitance ? », *Objectif Soins*, n°135, cahier du management, pp. II-VI.

CALLOCH P., 19 mai 2006, « Maltraitance en établissements : identifier et signaler », *Travail Social Actualités*, n°1068, pp. 13-22.

CASTILLA C., avril 2003, « La maltraitance des personnes âgées », *L'infirmière Magazine*, n° 181, pp.30-34.

CHEMIN C., HADDOUCK L., octobre 2004, «Dossier « maltraitance : en parler pour mieux le prévenir », *Revue du cadre soignant*, n°13, pp. 9-19.

COLLECTIF D'AUTEURS, 4° trimestre 1999, dossier « L'éthique et les soins, réflexion et formation », *Soins cadres*, n°32, pp. 4-34.

COLLECTIF D'AUTEURS, 1° trimestre 2000, dossier « L'éthique et les soins, clinique et pratique », *Soins cadres*, n°33, pp.4-39.

COLLECTIF D'AUTEURS, 19 mai 2006, dossier « Maltraitance en établissements : identifier et signaler », *Travail Social Actualités*, n° 1068, pp.13-22.

COLLECTIF D'AUTEURS, juillet-aout 2005, dossier « Ethique et management : trouver l'équilibre », *Direction(s)*, n°21, pp. 22-28.

COLLECTIF D'AUTEURS, février 2005, dossier « Prévenir la maltraitance », *Direction(s)*, n°16, pp.22-28.

D'HUYTEZA A., juin 2000, « La maltraitance et les personnes ayant un handicap mental », *Actualité et Dossier en Santé Publique*, n°31, pp. 38-41.

DURNING P., juin 2000, « Maltraitements : une notion floue, des réalités incontournables », *Actualité et Dossier en Santé Publique*, n°31, pp. 57-59.

HELFTER C., 13 décembre 2002, « Promouvoir une culture de la vigilance », *Actualités sociales hebdomadaires*, n°2289, pp. 19-22.

GALLAND K., décembre 2004, « Entre staff éthique et groupe de parole », *Revue de l'infirmière*, n° 106, pp. 24-26.

GARCIA S., novembre-décembre 2003, « La bientraitance des personnes âgées face aux négligences en institution », *Soins Gérontologie*, n° 44, pp. 33-35.

HOUDART C., CABE M.-H., FOURE P.Y., novembre-décembre 2005, « Maltraitance : de la suspicion à la révélation », *Revue hospitalière de France*, n°507, pp.45-47

LAGRAULA-FABRE M., novembre-décembre 2006, « La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale : pare-feu contre la maltraitance ? », *Revue de droit sanitaire et social*, n°6, pp. 969-980.

LAROSE D., 10 novembre 2006, « Comment doit réagir un professionnel confronté à des actes de maltraitance ? », *Travail Social Actualités*, n° 1088, pp. 23-24.

LETURMY L., novembre-décembre 2006, « La maltraitance en droit pénal », *Revue de droit sanitaire et social*, n°6, pp. 981-991.

MALASCHIN J., janvier 2006, « Le management de l'équipe soignante face aux révélations », *Objectif Soins*, n°142, p 9.

PERRIOT D., LHUILLIER J.M., novembre-décembre 2006, « Violences institutionnelles : le témoignage d'un directeur », *Revue de droit sanitaire et social*, n°6, pp.1008-1017.

PONTE C., Le cadre de santé et le signalement des maltraitements. *Soins Cadres de santé*, supplément au n°61, pp. 25-26.

POULIN D., janvier/février 1992, « Dénoncer ou non une collègue : un conflit de valeurs », *Nursing Québec*, vol 12, pp.18-20.

SEBAG-LANOË R., juin-juillet 2004, « La violence en gériatrie », *Objectif Soins*, pp.14-17.

## OUVRAGES

BLANCHARD K., PEALE NV., 1988, *Ethique et management. Réussir en restant intègre*, Bouguenais : Les éditions d'organisation, 141 p.

CHALON P., 2007, *De la bienveillance à la bientraitance*, 1<sup>o</sup> édition, Rotativas de Estella : Marabout, 219p.

CLAUDE J-F., 2002, *L'éthique au service du management*, 2<sup>o</sup> édition, Rueil-Malmaison : Editions Liaisons, 253 p.

DALLA PIAZZA S., 2007, *Violence et vulnérabilité : débiter, comprendre, agir*, Bruxelles : De Boeck et Larcier, 299 p.

DEBOUT M., 2003, *Prévenir la maltraitance envers les personnes âgées*, Rennes : ENSP, 77 p.

DE GAULEJAC V., 1997, *Les sources de la honte*, 3<sup>o</sup> édition, Lonrai : Desclée de Brouwer, 316 p.

FOUDRIAT M., 2007, *Sociologie des organisations*, 2<sup>o</sup> édition, Marsat : Pearson Education France, 333 p.

DISS (Direction des Interventions Sanitaires et Sociales), *Guide de signalement de la maltraitance de la personne âgée*, Département de l'Oise, Beauvais, 12 p., [consulté le 25.07.07], disponible sur Internet : [http://www.oise.fr/fileadmin/template/pdf/inventer\\_vie/personnes\\_ges/guide\\_maltraitance.pdf](http://www.oise.fr/fileadmin/template/pdf/inventer_vie/personnes_ges/guide_maltraitance.pdf)

GABEL M., JESU F., MANCIAUX M., 1998, *Maltraitances institutionnelles. Accueillir et soigner les enfants sans les maltraiter*, Paris : Fleurus.

HAS (Haute Autorité de santé), Edition 2007, *Manuel de certification des établissements de santé et guide de cotation*, 180 p., disponible sur internet : <http://www.has-sante.fr>

HESBEEN W., 1998, *La qualité du soin infirmier, penser et agir dans une perspective soignante*, Liège : Masson, 207 p.

LAGRAULA-FABRE M., 2005, *La violence institutionnelle. Une violence commise sur des personnes vulnérables par des personnes ayant autorité*, Condé-sur-Noirau : L'Harmattan, 574 p.

RACAMIER P-C., 2002, *L'esprit des soins, le cadre*, Paris : Les éditions du collège, 124 p.

THOMAS H., SCODELLARO C., DUPRE-LEVEQUE D., janvier 2005, « Perceptions et réactions des personnes âgées aux comportements maltraitants : une enquête qualitative », *Etudes et résultats*, DREES (direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), n°370, 12p. [consulté le 25.07.07], disponible sur internet : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er370.pdf>

TOMKIEWICZ.S., VIVET.P., 1991, *Aimer mal, châtier bien. Enquêtes sur les violences dans les institutions pour enfants et adolescents*, Paris : Le Seuil.

UNAPEI (Union Nationale des Associations de Parents et Amis de personnes handicapées mentales), juin 2000, *Maltraitances des personnes handicapées mentales dans la famille, les institutions, la société ; Prévenir, repérer, agir*, 70 p.

## **CHAPITRE D'OUVRAGE**

PELLISSIER J., 2004, « Robinson et Vendredi » in GINESTE Y., *Silence, on frappe...De la maltraitance à la bientraitance en institution*, Milly-La-Forêt : Animagine, 15 p., [consulté le 25.07.07], disponible sur internet : <http://jerpel.fr/spip.php?article34>

## **RAPPORTS**

CLERY-MELIN P., KOVESS V., PASCAL J-C., 28 mars 2003, *Agir aux racines de la violence*, Contribution de la Mission Cléry-Melin à l'exercice de préparation de la Loi

d'Orientation en Santé Publique sur « Violence et Santé », 42p., [consulté le 25.07.07], disponible sur Internet : [http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/clery\\_melin/contribution.pdf](http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/clery_melin/contribution.pdf).

HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE, mai 2004, *Rapport Violences et santé*, [consulté le 25.07.07], disponible sur Internet : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/044000405/0000.pdf>

IGAS, 2006, *Evaluation du dispositif de lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées mis en œuvre par les services de l'Etat dans les établissements sociaux et médico-sociaux*, rapport n° 2005 179, DGAS, [consulté le 25.07.07], disponible sur Internet : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000352/0000.pdf>

SENAT, 10 juin 2003, *Rapport de la commission d'enquête sur la maltraitance envers les personnes handicapées accueillies en établissements et services sociaux et médicosociaux et les moyens de la prévenir*, [consulté le 25.07.07], disponible sur internet : <http://extranet.senat.fr/rap/r02-339-1/r02-339-1.html>

TURZ A., mai 2005, *Travaux préparatoires à l'élaboration du plan Violence et Santé*. Rapport général, Paris : ministère de la Santé et des Solidarités, 124 p., disponible sur internet : [http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/violence\\_sante/rapport.pdf](http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/violence_sante/rapport.pdf)

## **MEMOIRES**

GRELET L., 2005, *La lutte contre la maltraitance en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : quelle politique du directeur des soins ?*, Mémoire Directeur des soins, Ecole Nationale de Santé Publique, 74 p.

RIVAULT F., 2004, *Réduire et prévenir les négligences en institutions par une réorganisation des services*, Mémoire Directeur d'établissement sanitaire et social public : Ecole Nationale de Santé Publique, 93 p.

ZOLESI M., 2004, *Prévenir le risque de maltraitance des personnes lourdement handicapées en foyer de vie*, Mémoire CAFDES (Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement social ou de service d'intervention sociale): Ecole Nationale de Santé Publique, 101 p.

## CONFERENCES PUBLIEES

ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) et FHF (Fédération Hospitalière de France), 2004, conférence de consensus, *Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et obligation de soins et de sécurité*, 24-25 novembre 2004, Paris, texte long, 32 p. [consulté le 31.07.07], disponible sur internet : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Liberte\\_aller\\_venir\\_long.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Liberte_aller_venir_long.pdf)

FEDERATION FRANCAISE DE PSYCHIATRIE, *Conséquences des maltraitances sexuelles. Les reconnaître, les soigner, les prévenir*, 7° conférence de consensus, 6 et 7 novembre 2003, Paris, [consulté le 22.05.2007], disponible sur Internet : <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confvictime/prvictimes.html>

SOCIETE FRANCOPHONE DE MEDECINE D'URGENCE, 2004, *Maltraitance : dépistage, conduite à tenir aux urgences (en dehors des maltraitances sexuelles)*, 11° conférence de consensus, 3 décembre 2004, Nantes, texte long, 23 p. [consulté le 25.07.07], disponible sur internet : [www.sfm.u.org/documents/consensus/cc\\_maltraitance\\_long.pdf](http://www.sfm.u.org/documents/consensus/cc_maltraitance_long.pdf)

## DOCUMENTS ELECTRONIQUES

CREAI (Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptée) Rhône-Alpes, juin 2004, « *Le traitement de la maltraitance dans les institutions. Références, protocoles et procédures* », dossier n°134, [consulté le 08.05.07], disponible sur internet : [http://www.creai-ra.org/chargements/CREAI\\_dossier134.pdf](http://www.creai-ra.org/chargements/CREAI_dossier134.pdf)

MARAND-FOUQUET C., « Les maltraitances au regard de l'histoire », 10 p., [consulté le 31.07.07], disponible sur internet : [http://www.alpes-maritimes.pref.gouv.fr/sections/actions\\_de\\_letat/pour\\_les\\_professionn/la\\_maltraitance/histoire\\_de\\_la\\_maltr5074/downloadFile/file/maltraitancehistoire.pdf](http://www.alpes-maritimes.pref.gouv.fr/sections/actions_de_letat/pour_les_professionn/la_maltraitance/histoire_de_la_maltr5074/downloadFile/file/maltraitancehistoire.pdf)

MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE et MINISTERE DELEGUE A LA SECURITE SOCIALE, AUX PERSONNES AGEES, AUX PERSONNES HANDICAPEES ET A LA FAMILLE, septembre 2006, « *Guide de gestion des risques de maltraitance en établissement* », [consulté le 08.05.07], disponible sur internet : [http://www.personnes-agees.gouv.fr/dossiers/maltrait/guide\\_gdr.pdf](http://www.personnes-agees.gouv.fr/dossiers/maltrait/guide_gdr.pdf)

MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE, « *Le contexte juridique : que dit le droit sur la maltraitance envers les personnes âgées ?* », [consulté le 08.05.07], disponible sur internet : [http://www.personnes-agees.gouv.fr/dossiers/maltrait/cd\\_maltraitance\\_pa/pdf/juridique.pdf](http://www.personnes-agees.gouv.fr/dossiers/maltrait/cd_maltraitance_pa/pdf/juridique.pdf)

MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE, « *Les fondements juridiques du recueil et du traitement par l'administration centrale et les services déconcentrés des données relatives aux situations individuelles de violences ou de maltraitance de personnes accueillies dans les établissements sociaux et médico-sociaux* », [consulté le 01.08.07], disponible sur internet : [http://www.personnes-agees.gouv.fr/dossiers/maltrait/cd\\_maltraitance\\_pa/pdf/fondements\\_2.pdf](http://www.personnes-agees.gouv.fr/dossiers/maltrait/cd_maltraitance_pa/pdf/fondements_2.pdf)

DDASS 33, Avril 2004, « *Réagir à la maltraitance en établissement d'accueil pour personnes âgées. Principes et pistes de travail à l'attention des responsables d'établissement* ». [consulté le 01.08.07], disponible sur internet : <http://aquitaine.sante.gouv.fr/download/traitement.pdf>

#### **SITES :**

almafrance.org

#### **TEXTES LEGISLATIFS, REGLEMENTAIRES ET ADMINISTRATIFS DE REFERENCE SUR LA GESTION DES RISQUES** (présentés par ordre chronologique) :

Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins et Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, parues au Journal Officiel du 25.04.96.

Loi n°98-535 du 1<sup>o</sup> juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme, parue au Journal Officiel du 02.07.1998.

Circulaire n°DHOS/E2/E4/2004/176 du 29 mars 2004 relative aux recommandations pour la mise en place d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé, [consulté le 15.08.07], disponible sur internet : <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/iatrogene/circ176.pdf>

Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé, [consulté le 15.08.07], disponible sur internet : [www.legifrance.gouv.fr/texteconsolide/SPECV.htm](http://www.legifrance.gouv.fr/texteconsolide/SPECV.htm)

Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, consulté le 15.08.07], disponible sur internet : [www.legifrance.gouv.fr/texteconsolide/SSEAFI.htm](http://www.legifrance.gouv.fr/texteconsolide/SSEAFI.htm)

Décret d'application n°2005-346 du 14 avril 2005 inscrivant l'obligation d'évaluation individuelle et collective des pratiques professionnelles, paru au Journal Officiel du 15.04.2005, [consulté le 15.08.07], disponible sur internet : [www.legifrance.gouv.fr/texteconsolide/SQHS6.htm](http://www.legifrance.gouv.fr/texteconsolide/SQHS6.htm)

## **TEXTES LEGISLATIFS, REGLEMENTAIRES ET ADMINISTRATIFS DE REFERENCE SUR LA MALTRAITANCE** (classés par ordre chronologique) :

Loi n° 89-487 du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance, parue au Journal Officiel du 14 juillet 1989.

Loi n° 89-899 du 18 décembre 1989 relative à la protection de la santé de la famille et de l'enfance et adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de santé, parue au Journal Officiel du 19 décembre 1989.

01 mars 1994 : entrée en vigueur du nouveau code de procédure pénale, en application de la Loi n°92-684 du 22 juillet 1992 portant réforme des dispositions du code pénal relatives à la répression des crimes et délits contre les personnes, parue au Journal Officiel n° 169 du 23 juillet 1992 : Articles 222-3, 221-1, 221-4, 221-5, 222-1, 222-3, 222-23, 222-24, 222-7 à 222-15, 225-14 et 15, 434-3.

Circulaire DAS/DSF 2/98/275 du 5 mai 1998 relative à la prise en compte des situations de maltraitance à enfants au sein des établissements sociaux et médico-sociaux, parue au Bulletin Officiel n°98-21, [consulté le 15.08.07], disponible sur internet : [www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/1998/98-21/a0211351.htm](http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/1998/98-21/a0211351.htm)

Code européen de bonnes pratiques pour prévenir la violence et les abus à l'égard des personnes autistes, publié avec le soutien du Programme Européen Daphné. Charte pour les personnes autistes, [consultée le 10.08.07], disponible sur internet : <http://autisme.france.free.fr/charte.htm>

Circulaire DAS n°2355 du 8 juin 2000 relative à la lutte contre la maltraitance et à la formation des travailleurs sociaux, parue au Bulletin Officiel n°2000-28, [consulté le 15.08.07], disponible sur internet : [www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2000/00-28/a0282016.htm](http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2000/00-28/a0282016.htm)

Circulaire DHOS/P1/2000/609 du 15 décembre 2000 relative à la prévention et à l'accompagnement des situations de violence, parue au Bulletin Officiel n°2001-1, [consulté le 15.08.07], disponible sur internet : [www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2001/01-01/a0010024.htm](http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2001/01-01/a0010024.htm)

Circulaire DGAS n°2001/306 du 3 juillet 2001 relative à la prévention des violences et maltraitements, notamment sexuelles, dans les institutions sociales et médico-sociales accueillant des mineurs et des personnes vulnérables, parue au Bulletin Officiel n°2001-31, [consulté le 15.08.07], disponible sur internet : <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2001/01-31/a0312005.htm>

Loi n°2001-1066 du 16 novembre 2001 relative à la lutte contre les discriminations (article 8 concernant la protection des professionnels qui dénoncent des actes de maltraitance, article qui sera repris par la Loi du 2 janvier 2002), parue au Journal Officiel du 17 novembre 2001.

Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, parue au Journal Officiel n°2 du 03 janvier 2002.

Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, parue au Journal Officiel n°15 du 18 janvier 2002.

Janvier 2002, publication du rapport Debout « Prévenir la maltraitance envers les personnes âgées », cf. Ouvrages.

Décret du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier (article 5) : abrogé et remplacé par le décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code, paru au Journal Officiel n° 183 du 8 août 2004.

Loi n° 2002-203 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, parue au Journal Officiel du 5 mars 2002, [consulté le 15.08.07],

disponible sur internet :  
<http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/Ajour?nor=MESX0100092L&num=2002-303&ind=1&laPage=1&demande=ajour>

Circulaire DGAS n°2002/265 du 30 avril 2002 relative au renforcement des procédures de traitement des signalements de maltraitance et d'abus sexuels envers les enfants et les adultes vulnérables accueillis dans les structures sociales et médico-sociales, parue au Bulletin Officiel n°2002-23, [consulté le 15.08.07], disponible sur internet : [www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2002/02-23/a0232164.htm](http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2002/02-23/a0232164.htm)

Circulaire n°DGAS/SD2/2002/280 du 3 mai 2002 relative à la prévention et la lutte contre la maltraitance envers les adultes vulnérables, notamment les personnes âgées, parue au Bulletin Officiel n°2002-21, [consulté le 15.08.07], disponible sur internet : [www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2002/02-21/a0212074.htm](http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2002/02-21/a0212074.htm)

Arrêté du 16 novembre 2002 portant création du Comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées, modifié par l'arrêté du 14 janvier 2004.

Mars 2003, publication du rapport Violence et santé, de la mission Cléry-Melin : cf. Rapports.

Juin 2003, rapport de la commission d'enquête sur la maltraitance envers les personnes handicapées accueillies en établissements et services sociaux et médico-sociaux et les moyens de la prévenir, à la demande du Sénat : cf. Rapports.

Décret n°2003-1095 du 14 novembre 2003 relatif au règlement de fonctionnement institué par l'article L. 311-7 du code de l'action sociale et des familles, paru au Journal Officiel n°269 du 21 novembre 2003.

Loi n°2004-1 du 02 janvier 2004 relative à l'accueil et à la protection de l'enfance parue au Journal Officiel n° 2 du 03/01/2004.

Arrêté du 14 janvier 2004 modifiant l'arrêté du 16 novembre 2002 relatif à la création du Comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées, paru au Bulletin Officiel n°2004-5 et Journal Officiel du 31 janvier 2004, [consulté le 15.08.07], disponible sur internet : [www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2004/04-05/a0050361.htm](http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2004/04-05/a0050361.htm)

Arrêté du 10 mai 2004 portant création du système d'information « prévention des risques, inspections, signalements des maltraitements en établissement (PRISME, Prévention des

Risques, Inspections et Signalements des Maltraitements dans les Etablissements sociaux et médico-sociaux) », paru au Journal Officiel du 26 mai 2004, [consulté le 15.08.07], disponible sur internet : <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2004/04-22/a0221586.htm>

Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, parue au Journal Officiel du 11 août 2004, [consulté le 15.08.07], disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/texteconsolide/SPECV.htm>

Septembre 2004, publication du Manuel d'accréditation des établissements de santé, deuxième procédure par l'ANAES (Agence Nationale de l'Accréditation et de l'Evaluation en Santé) : critère sur la maltraitance (n°26c de la référence 26).

Circulaire DHOS/P2 n°2005-257 du 30 mai 2005 relative aux orientations et axes de formation prioritaires, parue au Bulletin Officiel n°2005-7, [consulté le 15.08.07], disponible sur internet : <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2005/05-07/a0070021.htm>

Circulaire n°DHOS/P1/2005/327 du 11 juillet 2005 relative au recensement des actes de violence dans les établissements publics de santé ou dans les établissements sociaux ou médicaux-sociaux, parue au Bulletin Officiel n°2005-8, [consulté le 15.08.07], disponible sur internet : <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2005/05-08/a0080023.htm>

Ordonnance n°2005-1477 du 01 décembre 2005 visant la protection des personnels des établissements et services sociaux et médico-sociaux (art L 313-24 CASF), parue au Journal Officiel n° 280 du 2 décembre 2005.

Mars 2006, publication du rapport de l'IGAS (Inspection générale des affaires sociales) consacré à l'évaluation du dispositif de lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées mis en œuvre par les services de l'Etat dans les établissements sociaux et médico-sociaux, cf. Rapports.

Septembre 2006, parution du guide destiné à accompagner les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux dans une démarche de gestion des risques de maltraitance, cf. Documents électroniques

Mars 2007, communication du plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance, [consulté le 15.08.07], disponible sur

internet : [http://www.personnes-agees.gouv.fr/point\\_presse/d\\_presse/bienveillance\\_maltraitance/presentation\\_plan.pdf](http://www.personnes-agees.gouv.fr/point_presse/d_presse/bienveillance_maltraitance/presentation_plan.pdf)

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, paru au Journal Officiel du 13 mars 2007.

Instruction ministérielle n°DGAS/2A/2007/112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bienveillance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance, [consulté le 15.08.07], disponible sur internet : <http://www.prendresoin.fr/source/Bienveillance.pdf>

### **TEXTES LEGISLATIFS, REGLEMENTAIRES ET ADMINISTRATIFS DE REFERENCE SUR LES DROITS DES USAGERS (classés par ordre chronologique) :**

26 août 1789 : Déclaration des droits de l'homme et du citoyen

27 octobre 1946 : Préambule de la Constitution

4 octobre 1958 : Constitution

1988 : rédaction de la charte européenne de l'enfant hospitalisé à LEIDEN (Pays-Bas) lors de la première conférence européenne des associations "Enfants à l'hôpital », [consulté le 15.08.07], disponible sur internet : [http://www.aphp.fr/site/droits/chartes.htm#charte\\_europeenne\\_enfant](http://www.aphp.fr/site/droits/chartes.htm#charte_europeenne_enfant).

1997 : rédaction de la charte des droits et liberté de la personne âgée dépendante, par la fondation nationale de gérontologie et le ministère de l'emploi et de la solidarité, [consulté le 15.08.07], disponible sur internet : [http://www.aphp.fr/site/droits/chartes.htm#charte\\_droits\\_libertes](http://www.aphp.fr/site/droits/chartes.htm#charte_droits_libertes)

8 décembre 2000 : signature de la charte de l'utilisateur en santé mentale par la fédération nationale des associations d'(ex) patients en psychiatrie et la conférence nationale des présidents des commissions médicales d'établissement des centres hospitaliers, [consulté le 15.08.07], disponible sur internet : [www.fnappsy.org/pages/Charte.doc](http://www.fnappsy.org/pages/Charte.doc)

Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, parue au Journal Officiel n°2 du 03 janvier 2002.

Loi n° 2002-203 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, parue au Journal Officiel du 5 mars 2002.

Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, paru au Journal Officiel du 9 octobre 2003.

Circulaire n°DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées, contenant la charte de la personne hospitalisée, parue au Bulletin Officiel n°2006-4, [consulté le 15.08.07], disponible sur internet : [www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2006/06-04/a0040012.htm](http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2006/06-04/a0040012.htm)

Charte pour les personnes autistes, [consulté le 15.08.07], disponible sur internet : <http://autisme.france.free.fr/charte.htm>

Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, dite Loi Léonetti, parue au Journal Officiel du 23 avril 2005.

---

## Liste des annexes

---

**Annexe I** : Guide utilisé lors des entretiens

**Annexe II** : Tableau présentant les nombre et catégories de professionnels rencontrés pour l'enquête répartis par établissement

**Annexe III** : Contrat d'objectif (s) d'amélioration professionnelle

# Annexe I

## Guide utilisé lors des entretiens

Pouvez-vous me relater une ou des situations de maltraitance que vous avez eu à gérer ?

1- La révélation des situations de maltraitance

-Comment avez-vous eu connaissance de l'évènement ?

-Quelles étaient les personnes concernées (patient maltraité, professionnel) ?

-Quelles ont été vos premières actions ?

-Quelles sont à votre avis les causes de la difficulté à révéler ces situations ?

-Le système de signalement des évènements indésirables a-t-il été utilisé pour ce type de situations ?

2- Le traitement de l'incident

-Quelles ont été les étapes suivantes de la gestion de la situation ?

-Avez-vous rencontré des difficultés dans cette gestion? Si oui, lesquelles ?

-Quels ont été vos critères pour la prise de décision ?

-Quelles ont été les conséquences de la décision prise ?

3- La prévention de la maltraitance

-Quelles ont été à votre avis les causes ou facteurs favorisant de ces actes ?

-Quelle politique est mise en place pour prévenir le risque ?

## Annexe II

**Tableau présentant les nombre et catégories de professionnels rencontrés pour l'enquête répartis par établissement**

	Centre Hospitalier Spécialisé				Centre Hospitalier		Hôpital Local	Organisme de formation
	B.	S.	F.	L.	M.	N.	L.	
Directeur des soins	1	1	1				1	1
Cadre supérieur de santé		2			1	1		
Directeur des ressources humaines	1							
Responsable assurance qualité				1				
Responsable cellule juridique	1							

## **Annexe III**

### **Contrat d'objectif (s) d'amélioration professionnelle**

Nom de l'agent :

Nom du cadre de santé :

Date de l'entretien :

**Objectif (s) d'amélioration professionnelle :**

**Indicateurs de résultats :**

**Moyens :**

**Actions nécessaires :**

Date (s) d'évaluation programmée :

Signature du cadre :

Signature de l'agent :