



# BRETAGNE ACTUALITES

## Union Hospitalière du Nord-Ouest

AVRIL 2006

LETTRE N° 9

### LA MALTRAITANCE EN INSTITUTION : NE LUI TOURNONS PAS LE DOS

Les personnes âgées doivent à leur dépendance, à leur fragilité, voire à la possession de biens, d'être les victimes privilégiées de maltraitements dont les auteurs sont le plus souvent des proches familiaux ou professionnels. Les témoins, proches ou professionnels en contact avec les victimes, ont souvent tendance à nier les problèmes ou à sous-estimer les souffrances des aînés. Certains minimisent les plaintes, d'autres culpabilisent la victime ou bien se taisent par peur de provoquer un conflit dans l'institution, d'autres encore, se croient liés par le secret professionnel et craignent de perdre leur emploi s'ils dénoncent la maltraitance. Mais dans tous les cas ceux qui savent mais ne disent rien sont « complices de maltraitance ».

Il est toujours judicieux de rappeler à l'ensemble des intervenants les principales sources des abus en institution.

#### 1. Abus exercés par le personnel des institutions

##### Abus physique :

- coups, brusqueries, bousculades, rudoiments,
- nourrir de force ou trop rapidement,
- contention non justifiée (physique ou chimique),

##### Abus psychologique :

- agression verbale,
- crier après la personne,
- mépris,
- infantilisation, tutoiement non désiré, menace, chantage, privations diverses, isolement,

##### Négligence :

- mal prodiguer les soins ou les aides à la vie quotidienne,
- ne pas répondre aux appels / ne pas évaluer, ne pas soulager la douleur est aussi une forme de maltraitance,
- manque d'écoute et d'attention,
- non-respect du rythme et de l'intimité,

##### Abus matériel :

- facturation injustifiée des services,
- contrôle de l'argent personnel,
- vol de biens personnels.

#### 2. Abus liés aux services dans les institutions et aux conditions d'hébergement

##### Au niveau de l'alimentation :

- quantité insuffisante de nourriture,

- qualité des repas,
- aide déficiente aux services des repas,

##### Au niveau de la vie quotidienne :

- pas de loisirs diversifiés ou adaptés,
- pas ou peu de sortie à l'extérieur,
- pas de lieu pour recevoir en privé,
- réglementation abusive des horaires et des sorties,

##### Au niveau des conditions de vie :

- vétusté ou insalubrité des locaux,
- manque d'hygiène,
- espaces non adaptés aux divers handicaps,

##### Au niveau des chambres :

- changement de chambre imposé ou sans préavis,
- chambres trop petites.

#### 3. Abus liés à l'organisation des soins médicaux

##### Personnel d'encadrement :

- inexpérience du personnel non qualifié ou peu qualifié,
- manque de personnel, de formation du personnel,
- manque de motivation et de conscience,
- manque de surveillance, laxisme de la direction,

##### Continuité des services :

- pas d'évaluation régulière de la santé,
- pas de suivi ou de coordination médicale,
- pas de respect de l'intimité dans les soins,

- pas de surveillance nocturne,

##### Qualité des traitements :

- surmédication,
- longue attente avant de recevoir des soins,
- abandon, délaissement en signe de représailles,
- administration forcée de médicament.

La mise en place d'un comité de vigilance dans chaque établissement permettrait d'analyser chaque signalement, de proposer des mesures à prendre mais aussi de recenser les situations délicates et d'évaluer les actions menées dans l'établissement.

La prévention de la maltraitance doit être une priorité absolue de l'ensemble des professionnels, une vigilance permanente s'impose. Au sein de l'EHPAD de Guer, tous les agents sont désormais formés à la prévention de la maltraitance. Un comité de vigilance sera créé en avril 2006. Par ailleurs, il est remis à chaque nouvel agent, à tous les stagiaires et à tous les bénévoles, un document intitulé « LA MALTRAITANCE : EN PARLER POUR LA PREVENIR ! ». Ce dernier permet de sensibiliser tous les intervenants. L'organisation d'un débat avec les résidents et les agents a aussi permis de sensibiliser les résidents au phénomène de la maltraitance ou à la promotion de la bien-traitance.

**Michel BARBE**  
Directeur  
EHPAD de Guer

## A propos de la maltraitance institutionnelle

D. Buronfosse, Gériatre

M. Alain, Cadre Supérieur de Santé

Pôle gériatrique du Centre Hospitalier de Quimperlé

" Il n'est pas indifférent que le peuple soit éclairé. Les préjugés des magistrats ont commencé par être les préjugés de la nation [...] dans un temps de Lumière, on tremble encore lorsqu'on fait les plus grands biens. On sent les abus anciens, on en voit la correction; mais on en voit encore les abus de la correction même." Montesquieu

Prévenir les différentes formes de maltraitance dans les institutions est une priorité et doit le rester. Cependant, les gestionnaires, les soignants et d'une manière plus générale, les citoyens sont interpellés par deux ordres de faits. Le premier concerne la maltraitance individuelle. Elle est présente dans les institutions et les hôpitaux, comme dans le reste de la société. Et l'on constate, ici comme ailleurs, que le maltraitant est, ou fut, dans la vie, un être maltraité. Le second concerne la genèse et la banalisation des termes "*maltraitance institutionnelle*". Notre propos se limitera à ceux-ci.

\*\*\*\*\*

Pour alimenter la réflexion, nous voudrions rapprocher deux événements marquant de la vie des hôpitaux et EHPAD.

Tout d'abord, la publication du rapport "*To Err Is Human*"<sup>1</sup>, aux USA en 1999, suivi de l'étude ENEIS<sup>2</sup> en France. Ils ont objectivé la fréquence des événements indésirables en rapport avec les soins. Ensuite, la mise en œuvre des démarches d'amélioration continue de la qualité dans les domaines médico-sociaux (conventions tripartites), et sanitaires (accréditation V1 et plus encore V2).

Les uns et les autres ont eu pour conséquences une plus grande amélioration de la qualité. Mais ils provoquent aussi des réactions négatives: freins au changement, culpabilisation individuelle ou collective, voire agressivité. Et c'est dans ce contexte que le débat sur la maltraitance et la "*maltraitance institutionnelle*" ont pris toute leur actualité.

La chronologie de ces événements et les réactions observées, tendent à nous faire penser que vouloir changer les choses, génèrent chez les soignants, certes le changement, mais également la conclusion culpabilisante que jusqu'alors, on ne faisait pas

" bien ". Comment l'accepter aisément alors que l'on "*fait de son mieux depuis des années*" ou davantage?

La conclusion que nous avons entendue formulée par des soignants est "*nous sommes des maltraitants!*". Comment dès lors, n'en rejeteraient-ils pas la faute - à tort ou à raison et avec plus ou moins d'agressivité - sur le manque de moyens, l'organisation de l'unité ou les plannings, bref sur d'autres? Ainsi, cette culpabilité, née de conclusions hâtives, serait-elle un frein au changement et contribuerait-elle à alimenter le climat ambiant qui veut que l'institution soit maltraitante. En d'autre terme, elle n'arrange pas la situation déjà suffisamment complexe.

Un vécu de maltraitant, fut-il partagé, n'est pas synonyme de maltraitance. Souvenons-nous des progrès réalisés! Même si beaucoup reste à faire, ils sont indéniables. Les professionnels des EHPAD et hôpitaux quelles que soient leurs fonctions, ont la volonté, maintes fois démontrée d'œuvrer pour améliorer les soins et services. Ils ont besoin d'être aidés. Ce pourrait être en accompagnant la mise en œuvre des démarches qualité par une pédagogie déculpabilisante et positive

affirmée et en poursuivant les réponses institutionnelles: formation, moyens humains et matériels, accompagnement... De leur côté, les soignants doivent apprendre, avec l'aide de leur encadrement, des gestionnaires et des citoyens, à se faire davantage respecter.

Que penser des coups de sonnettes intrépides hors de tout contexte d'urgence, de l'hygiène incertaine du consultant, du défilé incontinent des familles auprès de l'infirmière occupée à distribuer les médicaments? Peut-on accepter cette réponse à l'animatrice de la maison de retraite qui tend un épluché légume: "*mais vous êtes payée pour cela*". Ou encore cette question de la nouvelle résidente: "*Où est l'étage des domestiques?*"<sup>3</sup>

La récente campagne de la Fédération Hospitalière de France contre les incivilités à l'hôpital va dans ce sens.

L'ensemble permettrait, peut-être, de limiter les freins au changement, d'éviter un repli frustrant vers "*ce qu'on a toujours fait*", mais surtout de réduire un vécu de "*maltraitance institutionnelle*" bien éloigné de la qualité réelle que montre la fréquentation quotidienne des services.

1) Linda T. Kohn To Err is Human; Building a Safer Health System. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine

2) Ph. Michel et Coll. " Les événements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements de santé" DREES Etudes et Résultats N° 398- mai 2005

3) D. Lallich-Domenach Gérontologie et Société. N°115-décembre 2005

## Parler de maltraitance aux équipes soignantes

Cet article a pour visée principale de vous exposer la manière dont j'introduis le thème sensible de la maltraitance auprès des différentes équipes soignantes d'une institution gériatrique, au sein de laquelle j'interviens en tant que psychologue clinicienne. Les notions relatives à ce thème viennent à l'encontre de l'intention bienveillante première des soignants à l'égard des résidents. L'évocation de telles notions peut de ce fait induire parmi les équipes un sentiment de culpabilité parfois intense.

Depuis maintenant une année, j'exerce la fonction de psychologue clinicienne au sein de l'Hôpital Local de Lanmeur.

Mes interventions se situent sur trois pôles: les résidents, les familles et les soignants. Outre la proposition d'entretiens psychologiques individuels et la mise en place spécifique d'ateliers mémoire pour les résidents, j'offre la possibilité aux soignants de participer à des groupes d'analyse de pratiques. Mon activité est nouvelle dans l'établissement, il fut donc nécessaire d'établir d'abord un réel rapport de confiance avec les équipes en expliquant clairement les principes d'écoute et de soutien qu'impliquent ma fonction. Une fois les appréhensions dépassées et les bénéfices ressentis, les groupes fonctionnent aujourd'hui de manière assez satisfaisantes.

Ces groupes ont pour principes majeurs les libres participation et expression des soignants. Témoins privilégiés et destinataires de la souffrance des résidents, les soignants

exercent un travail éprouvant psychologiquement et source d'angoisse. Les groupes d'analyse de pratiques permettent l'expression de cette angoisse et en modèrent ainsi les effets. La souffrance des équipes est ainsi entendue et leurs capacités professionnelles reconnues.



La psychologue et le Groupe de parole

En abordant par exemple le thème de l'agressivité des résidents, le soignant est amené à réfléchir sur sa propre agressivité engendrée en retour. Mon rôle est de faire circuler la parole, les comportements les mieux adaptés sont ainsi réfléchis et élaborés collégalement. Toute l'attention du groupe est recentrée autour du parcours personnel de la

personne âgée et du principe essentiel qu'elle est un sujet pensant singulier, plus qu'un objet de soins.

En résumé, ces groupes d'analyse de pratiques représentent d'abord pour les soignants un lieu d'écoute de leur souffrance. Car la violence naît toujours de la souffrance. Le fait de participer à de tels groupes semble déjà démontrer que les soignants entreprennent un travail d'autocritique salutaire et indispensable vis-à-vis de leurs pratiques. Ces séances leur offrent la possibilité d'avoir une réelle prise de conscience de la nécessité d'échanger autour de leurs expériences professionnelles. Lorsque cette prise de conscience a eu lieu, ces groupes paraissent représenter un outil adapté afin d'introduire le thème difficile de la maltraitance au coeur des équipes soignantes et de les responsabiliser en tant que professionnels de santé compétents.

**Nathalie LE GALL**  
Psychologue clinicienne  
Hôpital Local de Lanmeur

## Une ligne téléphonique : Ecoute maltraitance

**Docteur Marie-Luce LEGUEN**

Médecin départemental

Chargée des actions médico-sociales en faveur des personnes âgées et personnes handicapées

Dès 2001, le Conseil Général d'Ille et Vilaine a mené une action de sensibilisation sur la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées sous forme d'un cycle de conférence dans cinq villes du département.

Puis en 2002, le Conseil Général a réuni un groupe composé de membres d'horizons différents chargé d'élaborer un projet de dispositif départemental de lutte contre la maltraitance.

Après une nécessaire phase de maturation, le Conseil Général a ouvert le 09 janvier 2006 une ligne téléphonique « Ecoute maltraitance », n° 02.99.02.21.22 du lundi au vendredi de 9h à 18h, à destination des personnes âgées et des personnes handicapées.

Les écoutants sont des travailleurs sociaux du Conseil Général sensibilisés et formés au recueil de la plainte. Ils peuvent être sollicités par les victi-

mes ou par les témoins ou par les auteurs.

L'appel peut rester anonyme ou donner lieu ultérieurement à une évaluation de la situation par l'ensemble des équipes médico-sociales du Conseil Général.

L'objectif de cette ligne étant bien entendu de mieux connaître les situations de maltraitance mais aussi de sensibiliser l'opinion.

## Les maltraitances

**T**raiter en aussi peu de lignes d'un sujet aussi vaste relève de la gageure. L'aborder aujourd'hui dans un contexte émotionnellement chargé d'affaires judiciaires trop célèbres, de faits divers dramatiques, devant une demande sociétale à la fois précautionneuse et hypersensible au respect des droits fondamentaux de la personne, c'est risquer d'être mal compris. Risquons nous cependant.

Actualité oblige, une seule recherche du mot « maltraitance » sur Internet trouve en 7 secondes 580 000 pages en français. Laissons le lecteur faire son choix. Rappelons que toutes les définitions reprennent la notion de violence et/ou de négligence, active ou passive, physique, psychologique, morale, matérielle, financière, civique, et renvoient à une prévention possible.

Par le Docteur **Jean-Alain LE FOLL**  
Président de CME  
Centre Hospitalier Guillaume Rénier, Rennes

La maltraitance à laquelle nous pensons d'abord est celle que nous côtoyons dans nos hôpitaux, celle des consultants qui nous en font part, celle des patients hospitalisés ou des résidents qui la vivent dans nos murs, celle des enfants, des personnes âgées, des adultes plus jeunes, celle des personnes « vulnérables ».

Cette maltraitance, nous croyons savoir quoi en faire quand nous la constatons. La Loi commune<sup>1</sup>, les lois qui s'appliquent à nos professions, nos déontologies professionnelles<sup>2</sup>, nous dictent la voie à suivre. Des échanges en équipe, confrontations de l'éthique de chacun, sont souvent nécessaires pour mûrir une réflexion, tant rarement tout est simple.

Que le péril cesse ! est l'impératif immédiat. Pour le reste, soyons précis dans nos propres constats, et soyons certains qu'il ne s'agit bien que des nôtres. Rappelons nous que le diagnostic de maltraitance repose non sur un fait, mais sur un faisceau de signes. Ce diagnostic posé, sachons passer le relais à d'autres dont la mission est d'enquêter et de juger.

Il est une violence institutionnelle<sup>3</sup> qu'il

ne faut pas dénier, qu'il faut débusquer ensemble dans nos attitudes quotidiennes, bien involontairement malveillantes ou irrespectueuses, à travers nos impatiences, nos indisponibilités, nos procédures bureaucratiques, nos soucis quotidiens. Il est de la responsabilité de chacun d'y prendre garde, il est de la responsabilité collective de la repérer et de la faire cesser. C'est une maltraitance.

Il est une maltraitance matérielle par des locaux inconfortables, sans confidentialité, sans intimité, par des effectifs soignants ou d'animation insuffisants, des rendez-vous mal gérés, des salles d'attente trop pleines.

Il est une maltraitance civique des patients ou résidents parfois dans l'incapacité matérielle d'exercer leurs droits de vote.

Il est une maltraitance financière, par des tuteurs ou curateurs inaccessibles, par des familles peu scrupuleuses, par des hôpitaux réclamant leur créance sans discernement.

Il est une maltraitance par des juges lointains qui tardent à répondre, ou répondent technocratiquement à des ma-

jeurs protégés qui s'adressent à eux.

Il est une maltraitance d'enfants sur les parents, de patients ou résidents envers des soignants.

Il y a la maltraitance entre adultes. Il faut garder à l'esprit ces tyrannies que nous devons aussi tenter de prévenir, que nous devons repérer pour les faire cesser. C'est une violence dont les victimes n'osent pas parler. Nous devons y être très attentifs.

Il est une violence au travail, non seulement hiérarchique, mais aussi bien plus fréquemment dans une équipe, entre collègues, où la sociologie du groupe génère des leaders, des dominants et des dominés. Ce peut aller jusqu'à la maltraitance.

Violence et maltraitance. La violence sociale est entrée à l'hôpital, et notre institution est le reflet de la maltraitance de la société. Tirons modestement les leçons de l'actualité. Soyons vigilants, précis, prudents, respectueux de l'Autre. Imposons nous une réflexion éthique. Cela fait partie du professionnalisme de chacun. Mais nos métiers exigent, au delà de ces fondamentaux techniques, un supplément d'humanité.

1) Art 122-7, 223-6, 226-13, 226-14 du Code pénal 2) <http://www.conseil-national.medecin.fr/> 3) <http://www.alma-france.org/>

### La Lettre d'actualité de l'UHNO-Bretagne

**Directeur de la publication** : Louis ROLLAND, Délégué Régional  
**Conception rédactionnelle** : Paola JUET, Adjointe du Délégué Régional

~~~~~  
**Téléphone** : 02 99 33 39 78 **Email** : [p.juet@ch-guillaumeregner.fr](mailto:p.juet@ch-guillaumeregner.fr)

**Site Internet** : <http://www.uhno-bretagne.fr>

**Tirage** : 230 exemplaires