

UNE ENQUETE SUR LA MALTRAITANCE

GENERALITES :

La maltraitance est un problème majeur dans les institutions. À l'initiative d'un groupe de réflexion, une étude a été menée dans un hôpital local.

Tous les soignants présents se sont vu remettre un questionnaire (annexe I), qu'il leur était demandé de remplir à leur convenance.

Le questionnaire a recueilli 33 réponses. Il y a une centaine de personnes inscrites à l'effectif, mais de manière au demeurant contestable le questionnaire n'a été adressé qu'aux membres du personnel soignant. Ont donc été exclus du questionnaire :

- Les soignants absents.
- Les cadres, médecins, cadre infirmier.
- Le personnel administratif et médico-social.
- Les membres des services techniques.
- Les membres du personnel hôtelier.
- Les équipes de nuit.

Soit une quarantaine de personnes. D'autre part une équipe a refusé de répondre individuellement, et a fourni une réponse collective. Au total on peut considérer que le taux de réponse est de 2 sur 3¹.

Les résultats des réponses au questionnaire sont consignés en annexe II.

Le questionnaire comme maltraitance :

Il n'est pas possible de considérer ce questionnaire sans prendre en compte la *résistance* des soignants à ce genre d'exercice. Retenons notamment que les soignants n'ont pas manqué d'éprouver une certaine méfiance, ce qui a probablement pesé sur les réponses ; mais retenons aussi que pour la plupart ils se sentent mal à l'aise devant l'écrit, et que le simple fait de devoir écrire est pour eux une source importante de stress.

QU'EST-CE QUE LA MALTRAITANCE ?

Il fallait d'abord essayer de cerner le problème. La première question était donc délibérément très ouverte, et demandait simplement ce qu'était la maltraitance pour la personne interrogée.

¹ Ce taux de réponse est évidemment un succès. Toutefois il faut pondérer cette opinion : cela laisse en effet une trentaine de sujets non répondants, et il est plausible que ce soit parmi eux que se retrouve une population particulière relativement à ce thème, soit que les maltraitants s'y retrouvent tous (mais c'est loin d'être certain) soit que les non répondants soient majoritairement plus mal à l'aise avec ce sujet.

On reste frappé par le nombre des situations de maltraitance décrites dans ces réponses. Rappelons qu'elles concernent la moitié environ de l'effectif soignant. Elles donnent l'impression que les soignants baignent dans une atmosphère de maltraitance dont ils sont les témoins autant que les acteurs.

Ceci doit être entendu, et rien ne permet de le relativiser. On relèvera simplement quelques points qui peuvent plaider pour une atténuation :

- Il y a certainement un « effet questionnaire », et il faudrait notamment être sûr que les actes décrits correspondent à des situations effectivement observées plutôt que des situations imaginées pour donner une réponse.
- Il y a une incohérence entre la fréquence décrite, le lien fort qui existe avec le principe du signalement systématique à l'encadrement (cf. *infra*) et la rareté des signalements réellement effectués.
- Il semble que la maltraitance soit cause d'une grande souffrance chez les soignants. Ceci devrait entraîner une forte participation au groupe de parole ; d'autre part le travail sur la maltraitance est une initiative de l'encadrement.

L'analyse des réponses permet de retrouver un nombre de thèmes très restreint.

Certaines situations de soins sont vécues comme des maltraitances : « Faire un soin à un résident quand il le refuse ». « Imposer une situation à une personne non consentante² ». « Imposer quelque chose à quelqu'un alors qu'il refuse totalement ». D'autres situations, faisant appel à des pratiques effectivement discutables mais dont l'intentionnalité louable n'est pas contestée, font l'objet de commentaires très nuancés : « Être obligé de donner des soins particuliers (attacher les résidents, forcer sur l'alimentation... ; *ou ne pas pouvoir en donner* ». Avec une extraordinaire lucidité ce soignant met le doigt sur le problème essentiel : en somme la seule situation qui ne soit pas suspecte de maltraitance serait celle où le patient et le soignant s'accordent sur le soin à effectuer. Mais dans la pratique une telle conception relève de l'angélisme : on sait parfaitement que le désir du soignant et celui du patient ne coïncident pas aussi souvent qu'on le croit ; non seulement il y a tous les cas où le patient refuse les soins proposés, mais il y a encore plus souvent sans doute ceux où le patient, par faiblesse, par lassitude, par peur ou par simple gentillesse, se laisse forcer la main. Ce que dit ce soignant c'est que toutes ces situations sont sources de maltraitance.

Un autre soignant déclare : « Faire aux autres ce que je ne voudrais pas que l'on me fasse ; refuser d'accorder à l'autre les droits et les devoirs que je me reconnais ». Indépendamment du recours au précepte classique de la Règle d'Or, ce qui est mis en évidence ici c'est le *pouvoir humanisant du devoir* : n'est membre du clan que celui à qui on a attribué un rôle, ce qui revient à lui confier des devoirs.

Les conditions de travail sont maltraitantes : « dans la rapidité » ; « obliger »

Il y a certainement une maltraitance ordinaire, dont les soignants pensent qu'elle est presque banalisée. « manque de respect à autrui ; être un minimum agressif (verbalement, gestuellement) » ; notons que la maltraitance verbale est bien reconnue, peut-être même plus que la maltraitance physique (ce qui est somme toute une bonne chose : il est heureux que l'inconduite verbale soit plus fréquente que les coups) ; « des gestes brusques » « gestes déplacés ». La nécessité d'une formation ou d'un soutien est pointée : « Avoir des gestes agressifs d'ignorance »

² Les termes employés sont ceux qui permettraient de décrire un viol.

On relève cependant des situations beaucoup plus inquiétantes, qui au minimum pointent des soignants en difficulté, ou en manque de formation, au maximum des individus au comportement délictueux : « bousculer ; peut-être en venir à la frapper³ » ; « Frapper les résidents. Brusquer une personne. Donner des coups ». Ces situations semblent d'une fréquence non négligeable. De même il y a des défauts de soins qui ne peuvent être tolérés, et qu'on ne soupçonnait pas dans notre maison : « un manque de soins » ; « ne pas répondre à l'appel » (on savait qu'il y a sur ce point des négligences, on ignorait qu'elles pouvaient être délibérées⁴) ; on trouvera plus bas : « retrait de sonnette, «oubli» de faire boire lors des repas », « ne pas donner à manger à quelqu'un », « oubli délibéré de faire boire ou manger ; pressions, menaces psychologiques ».

Cependant, d'une manière générale, c'est le manque de respect qui est le plus souvent cité, ce qui témoigne d'un haut niveau de conscience chez les soignants ayant répondu : « La maltraitance est verbale et physique ; manquer de respect à autrui par n'importe quel moyen ».

Un soignant apporte un élément fondamental, celui de la finalité : « Ne pas respecter l'autre et profiter de notre statut, de notre supériorité physique et/ou intellectuelle afin d'imposer notre bien-être au détriment de l'autre ». Pour lui on ne peut parler de maltraitance que si le comportement profite au soignant. Le comportement décrit est comparable à celui du racisme ou du colonialisme.

CE QUI MET LE SOIGNANT MAL A L'AISE :

La première question demandait une définition *a priori* de la maltraitance. Même si cela n'a rien de surprenant il n'allait pas de soi que les réponses décrivent à ce point des maltraitances survenues dans l'établissement. C'est pourquoi une seconde question visait à savoir ce qu'il en est de la maltraitance dans la maison.

La première question était purement quantitative : avez-vous été témoin de situations de maltraitance ?

³ On ne prend guère de risque en présumant que cette réponse témoigne d'un fait vécu, voire d'un fait dont l'auteur de la réponse se sent coupable, soit qu'il l'ait commis soit qu'il ait failli le faire. Redisons ici que nul n'est à l'abri d'un dérapage ; la question n'est pas de savoir si on est parfait mais simplement comment on va se perfectionner.

⁴ Rappelons toutefois que le traitement de cette problématique de l'appel ne va pas de soi : dans ce domaine il existe des malades ou des résidents dont le comportement est abusif, voire maltraitant, et pour qui on n'arrive à aucun compromis. Il peut être alors nécessaire de mettre en place une gestion particulière de leurs appels, et cette gestion peut comporter des éléments de fermeté. On reviendra sur ce point. Disons seulement qu'une précaution irréductible est de prendre ce genre de décision en équipe, et de la réviser à terme rapproché.

Il faut d'abord noter que sur les 29 réponses à cette question, 4 ne répondent pas et 2 répondent non ; donc près de 20% des soignants ne parlent pas d'un malaise. Mais ceci nous réserve une surprise. Car les soignants qui ne se disent pas mal à l'aise ont été témoins de faits relativement lourds, notamment en termes de négligences : « Parler agressivement, bousculer, ne pas répondre à l'appel. » ; « Mauvaises paroles, gestes déplacés » ; « Manque de respect parole/geste. » ; « Etre violent physiquement ou moralement envers nos patients. » ; « Frapper les résidents. » ; « Brusquer une personne. Donner des coups. Insulter une personne. Imposer quelque chose à quelqu'un alors qu'il refuse totalement. ».

Par ailleurs deux soignants n'ont pas répondu alors qu'ils décrivent plus bas dans quelle situation ils se trouvent mal à l'aise.

Tous les autres ont éprouvé un malaise. Ceci montre combien le problème pèse en termes de souffrance des soignants. Ici encore ce serait la fonction du groupe de parole que de permettre de structurer une réflexion sur ce thème.

On demandait ensuite des exemples.

On ne sera pas surpris de retrouver des thèmes identiques à ceux de la première question. On sera davantage étonné, précisément, des différences.

Le premier thème est celui des soins imposés : « Le fait de faire prendre une douche quand ils ne veulent pas ». « Devant le refus d'un résident de manger, de se laver ». « Faire des douches à des personnes imbougeables ». Ici le problème vient de la mauvaise image du soignant tel qu'il se perçoit. Le malaise naît de la différence entre l'idéal de soin du soignant et la réalité de son acte. Mais il faudrait aller plus loin, car le problème posé est relativement facile à résoudre : si on prend le dernier cas cité : « Faire des douches à des personnes imbougeables », la solution est simple : ou bien le malade est en état de recevoir sa douche et la question de ce point de vue est simplement de former le soignant pour qu'il rectifie une opinion trop pessimiste ; ou bien le malade n'est pas en état de recevoir sa douche et il faut modifier le plan de soins. La question serait donc de savoir pourquoi le professionnel souffre alors que son problème n'existe pratiquement pas..

C'est la même difficulté que l'on rencontre dans le commentaire suivant : « Devant la famille, quand il nous est impossible de leur donner leur alimentation et qu'on sorte de la chambre sans les avoir nourris, je ressens une certaine gêne devant la famille qui s'inquiète ». Cette remarque est fascinante. Car la situation qui est décrite n'a *aucun rapport* avec un problème de maltraitance. Il importe donc de comprendre pourquoi le soignant en parle. Et il n'est pas très difficile de voir qu'en fait il voit le rapport dans la nature de sa gêne : l'échec de sa prise en charge lui renvoie la même image de mauvais soignant que dans le cas précédent. La base de son malaise est la culpabilité. C'est la première irruption du thème de la culpabilité, il est probable qu'on n'en a pas fini avec lui. Ajoutons enfin que pour se tromper de la sorte il faut que la soignante soit très sensible à ce qui lui apparaît comme une *ambiance de maltraitance*.

On retrouvera ce thème de la culpabilité dans d'autres commentaires : « Ne pas pouvoir gérer une situation ; « Annonce décès » ; « Impossibilité de comprendre et de se faire comprendre ». Dans ces derniers commentaires on voit se superposer un second thème qui est celui de l'impuissance. Ceci n'est pas lié au hasard : les situations de maltraitance germent sur le terreau de l'impuissance et de la culpabilité.

Une série de commentaires constitue autant de témoignages d'actes de maltraitance : « Geste brutal et agressif dans la parole » ; « Agressivité dans les paroles ; toilette rapide avec des gestes brusques ; retrait de sonnette ; « oubli » de faire boire lors des repas » ; « Par des paroles ou des gestes » ; « Quand une personne parle mal à un patient, ou lève la main même sans frapper, mais juste le geste choque » ; « maltraitance verbale et manque de respect par rapport à l'âge » ; « Une personne qui dit à un résident : « Je ne suis pas là pour me faire emmerder par une vieille ». » ; « Crier sur quelqu'un de manière méchante ; bousculer quelqu'un pour la toilette ; ne pas donner à manger à quelqu'un » ; « En étant témoin d'une maltraitance, ou en en étant l'auteur » ; « Un soignant tapant un malade ou l'agiter violemment et aussi vis-à-vis des paroles (ex. : tutoiement) » ; « Absence de réponse ; manipulation délibérément violente ; oubli délibéré de faire boire ou manger ; pressions, menaces psychologiques » ; « Brutalité physique et verbale » ; « Un soignant qui frappe un résident » ; « Agression verbale d'un soignant vis-à-vis d'une personne âgée fragile ne pouvant se défendre ». Cette série de témoignages est éprouvante : elle nous rappelle que les actes de maltraitance existent dans notre maison. La question est de savoir ce qu'il convient de faire de ce rappel. On peut évidemment choisir de le relativiser : il se peut que ces témoignages correspondent à des fantasmes ; il se peut aussi qu'ils se réfèrent tous aux mêmes actes ; mais outre qu'une telle minimisation est en soi dangereuse la question n'est pas là : il y a suffisamment d'arguments pour affirmer qu'il existe des actes de maltraitance et la seule chose qui nous importe est de savoir comment on peut y remédier. La difficulté est cependant que pour des raisons de confiance ce questionnaire ne saurait déboucher sur une enquête, qu'il faudra mener ultérieurement.

Le malaise peut venir d'autres situations : « Devant certaines familles » ; « Agressivité d'un résident » ; « La fille d'une résidente » ; « Lorsque les résidents nous agressent verbalement et physiquement ». Ceci renvoie de toute évidence au mécanisme de culpabilité/impuissance dont on a déjà parlé : le malaise provient là de ce que le soignant se trouve sans réponse, comme l'illustre l'extraordinaire réponse suivante : « Lorsque vous vous faites gifler sans raison par un résident il n'est pas possible de riposter œil pour œil dent pour dent ni même de lui adresser une remontrance car bien souvent c'est un geste réflexe témoignant son insatisfaction générale et non un geste qui vous est adressé personnellement ». Ici se trouve mis en scène toute la problématique de la maltraitance. On peut en effet raisonner de manière relativement simple dans le cas exposé, où le résident est considéré comme irresponsable : l'article 64 de l'ancien Code Pénal s'applique sans difficulté. Mais en règle générale les choses sont plus mêlées : il y a danger (et peut-être maltraitance) à considérer la personne âgée comme incapable, et c'est cela que le soignant ressent ici : il ne peut pas ne pas répondre (peut-être serait-ce même là une autre maltraitance), mais il ne parvient pas à trouver une réponse adaptée, *peut-être parce qu'il n'y en a pas*⁵. Enfin il y a aussi dans ce témoignage la question de ce que peut faire le soignant de la maltraitance qu'il a ressentie ; certes il y a tout le soutien que ses collègues ou le groupe de parole peuvent lui apporter, mais cela peut-être ne suffit pas.

Notons enfin cette remarque, qui se suffirait presque à elle-même : « Prendre conscience que cela peut être un acte grave, qui met en danger deux personnes ». Cette splendide remarque pose tout de même question : quel rapport avec un sentiment de malaise ? Ceci, sans doute : le

⁵ On peut parfaitement soutenir que le résident est dans la vie, que la violence fait partie intégrante de la vie et qu'il y a danger à créer autour de la personne âgée un monde flou et cotonneux où tout serait rose et où il ne serait pas utile de respecter les soignants ; ce dont il est question c'est de créer autour de la personne âgée un environnement affectif, et cet environnement est fait à parts égales de tendresse et de fermeté. Le problème est uniquement dans les dangers d'une telle position.

soignant qui s'exprime est en train de dire qu'il s'est senti mal à l'aise lorsqu'il s'est rendu compte d'une sorte de symétrie : *en maltraitant l'autre, il se maltraitait lui-même.*

D'AUTRES MALTRAITANCES :

L'idée de la question était de permettre aux soignants de sortir de leur isolement. Parler de maltraitance est toujours culpabilisant, puisqu'on a l'habitude de ne considérer que la maltraitance des soignants envers les résidents. Il s'agissait de leur donner les moyens d'en décrire d'autres.

On remarque d'abord que trois soignants ne répondent pas. Pourtant l'un d'eux vient de signaler « Agressivité d'un résident » à la question précédente.

L'un des soignants fait un constat terrible, sur lequel nous reviendrons : « La maltraitance est partout, visible et dure à supporter ». Il est possible qu'il ressente très douloureusement les actes de maltraitance des soignants, mais plus probablement il est sensible à une ambiance générale de rapports humains dans l'établissement : l'image qu'il en a est donc celle d'une communauté où l'agressivité est généralisée.

Les autres réponses se groupent aisément.

Il y a d'abord la maltraitance des résidents entre eux : « Les résidents entre eux » ; « Les résidents peuvent être maltraitants : ex. : parler mal. » ; « Maltraitance des pensionnaires entre eux. » ; « entre résidents » ; « Résidents/résidents » (trois fois) ; « il y a aussi la maltraitance entre les résidents », « Les résidents sont très souvent maltraitants entre eux » ; « des résidents envers les résidents ». 30% des soignants pointent ce fait.

Il y a aussi la maltraitance des résidents envers les soignants. Naturellement on peut contester cette définition, et se demander si elle doit être mise sur le même plan que la maltraitance des soignants envers les patients ou résidents ; le fait est que dans ce questionnaire 60% des soignants franchissent ce pas : « Celle des résidents envers les soignants » ; « Les résidents peuvent être maltraitants : ex. : parler mal » ; « Les résidents envers les soignants » ; « les résidents envers nous. » ; « maltraitance des résidents et d'autres personnes envers les soignants » ; « Quand un patient est très énervé, coups, griffures, tapes. » ; « résidents envers soignants » ; « Il y a maltraitance des résidents envers les soignants. » ; « Il y a aussi la maltraitance des résidents envers les soignants » (trois fois) ; « La maltraitance des résidents envers les soignants lorsqu'ils abusent de votre patience par exemple. » ; « Résidents/soignants » (quatre fois) ; « maltraitance des résidents envers les soignants » (deux fois) ; Un soignant note que la maltraitance des résidents est « plus souvent verbale que physique : le physique est plus souvent lié à une maladie ». Tout en lui laissant la responsabilité de cette assertion, on peut relever que ce soignant analyse très finement la situation en repérant que la maltraitance physique signe une perte plus grande des repères sociaux.

Le comportement des familles envers les soignants est volontiers assimilé à une maltraitance : « les familles contre les soignants » ; « Les familles envers nous » ; « et la maltraitance des familles envers les soignants » ; « familles/soignants » ; « agressivité des familles rapport aux soignants. ». Cette maltraitance est durement ressentie, et on peut se demander ce qu'on doit faire de cette remarque : certes les soignants, étant professionnels, sont censés maîtriser la

maltraitance mieux que des familles en souffrance ; cependant ce qui est pointé là est une symétrie liée au fait que les familles sont aussi des aidants.

Les relations familiales sont souvent vécues comme empreintes de maltraitance : « les familles envers les résidents » ; « Les résidents envers leurs familles » ; « Les familles envers eux » ; « et la maltraitance des familles envers leurs proches. » ; « famille/résident » ; « mais aussi les familles envers leurs propres parents ou d'autres résidents ». 20% de soignants en repèrent.

D'autres soignants notent la maltraitance des soignants entre eux : « Par contre, vis-à-vis des collègues ou de la hiérarchie, je penserais plus à du harcèlement ou une mauvaise entente. » ; « Soignants envers soignants » ; « Entre soignants » (six fois) ; « Entre collègues » ; plus précisément un soignant note : « des aides-soignantes envers les IDE ; aucun respect suivant les personnes. ». 30% de soignants en parlent.

Deux soignants relèvent la maltraitance des soignants envers les familles. Deux autres parlent de la maltraitance générale de la société : « Je pense plus à la maltraitance familiale (parents/enfants, /employeur/employée familiale » ; « Familiale, dans la vie sociale (ex. : vol à l'arraché, acte médicamenteux, etc...). ». Enfin un soignant pointe la maltraitance institutionnelle : « Le manque d'attention à l'autre et de pouvoir répondre à ses demandes à cause du stress ambiant. ».

L'impression qui se dégage de cette question est l'omniprésence surprenante de la maltraitance. Tout se passe comme si les soignants vivaient le monde qui les entoure comme profondément violent. Ce sont 60 situations de maltraitance qui sont repérées, en plus de la maltraitance des soignants envers les résidents. Il importe peu de savoir quelle est la réalité de ce phénomène : on ne s'avancerait guère en postulant que la maltraitance des soignants est très largement *défensive* et répond au désir de se protéger, ou de contre-attaquer dans un environnement hostile. On retrouve alors les trois composantes essentielles de tout comportement maltraitant : culpabilité, impuissance, sentiment d'insécurité.

LA REPONSE A LA MALTRAITANCE :

La séquence suivante visait à explorer les réactions face à la maltraitance. On proposait donc une série de réponses sur ce thème.

L'abstention :

La première était : « je ne fais rien ». Malgré le danger qu'elle comportait, cette formulation négative était délibérée. On demandait ensuite « Pourquoi ? ».

Huit soignants ne répondent pas, mais parmi ceux-ci l'un explique : « ça dépend », et un autre dit : « j'en discute avec les collègues ».

Treize répondent qu'ils ne font rien, mais plusieurs donnent une explication : « J'en discute avec mes collègues les plus proches pour ne pas se baser sur un seul jugement et ensemble nous décidons d'intervenir soit auprès de la personne maltraitée ou de la hiérarchie » ; « Pour arrêter immédiatement la situation, en rediscuter après un temps de pause et réflexion » ; « J'essaie d'en parler entre collègues » ; « Cela dépend de la situation ». Il se peut bien sûr

que les soignants en question n'aient pas su se repérer dans la formulation négative ; mais le plus probable est qu'ils ont considéré que ce qu'ils faisaient n'était pas une action.

Un autre donne une explication plus intéressante : « Pour pas que la situation s'envenime » ; il y a là une crainte d'aggraver la situation qui pointe sans doute la nécessité de disposer d'une instance particulière pour gérer les phénomènes de maltraitance de manière efficace et raisonnée. L'un d'eux a rapporté une maltraitance liée aux soins refusés par le patient, un autre a parlé de ses difficultés à gérer les situations. Un autre craint d'être injuste : « Car comme je doute que ce soit de la maltraitance je ne peux affirmer » ; on reconnaît là l'un des mécanismes qui font méconnaître la maltraitance. Un autre parle de sa « Peur de dénoncer », pointant là un autre de ces mécanismes ; l'étonnant est que cette réponse n'apparaisse qu'une fois. Un dernier explique : « Un cas signalé une fois non résolu par les supérieurs » ; cette réponse demande à être méditée : d'une part ce soignant pense visiblement que, puisqu'il n'a pas vu de modification c'est que les « supérieurs » n'ont pas agi ; il n'a pas pensé que, peut-être, les « supérieurs » n'ont pas pu trouver de solution ; mais d'autre part, et surtout, il s'agit là d'un véritable appel de détresse : il faudrait que les « supérieurs » disposent d'une sorte de pouvoir magique leur permettant de résoudre toutes les situations, comme si leur impuissance valait trahison de la protection qu'ils doivent. Si cruelle est la souffrance liée à la maltraitance que ce soignant ne supporte pas l'échec de ceux dont il attend protection.

Parmi ceux qui ont déclaré qu'ils ne faisaient pas rien, quatre ne précisent pas ce qu'ils font. Les autres répondent :

- « Pour éviter que cela aille trop loin » : il s'agit de répondre à une situation vécue comme une urgence.
- « J'en parle à la personne concernée » ; « Suivant la situation j'en parle déjà aux collègues » ; « Je le dis au médecin ». Les actions proposées sont une verbalisation. Cette verbalisation paraît un élément important de la stratégie : « En parler si possible pour combattre une part obscure de mutisme, la peur de dénoncer et de faire du bourreau une victime. Si petite soit-elle une démarche ne sera jamais vaine » ; « Maltraitance = malaise/mal-être (de l'agresseur), ce qui implique action/soins » ; « de s'interroger, de rechercher des informations qui peut s'appuyer son doute ».
- La raison de cette action est dite clairement une fois : « Parce qu'on ne peut tolérer la maltraitance. ». Il est à noter que ce soignant s'est jusqu'ici exprimé de manière très parcimonieuse.

Il est remarquable de noter que dans toutes ces réponses, quelle que soit la position prise lors de la première question (ne répond pas, dit qu'il ne fait rien, dit qu'il fait quelque chose) la quasi-totalité des actions proposées consiste dans une verbalisation. Les soignants ont conscience de l'enjeu majeur de la parole dans la stratégie de prise en charge de la maltraitance. C'est bien le silence et plus encore la solitude du témoin qu'il convient de briser, ce qui renforce l'idée que la création d'une instance de gestion de ces phénomènes est une urgence. Reste à savoir comment on peut le faire.

Le partage :

La seconde proposition était : « partager le doute avec les collègues ». Ici les choses sont beaucoup plus tranchées, puisque quatre soignants seulement ne répondent pas et deux seulement répondent non. Il faut noter que parmi ceux qui ne répondent pas, l'un commentera : « D'en parler de ses suppositions, d'en rechercher, de connaître les causes », ce qui permet de penser qu'il s'agit d'un oubli. D'autre part, s'agissant de ceux qui répondent

qu'ils ne s'en ouvrent pas aux collègues, tous les deux ont répondu à la question précédente qu'ils ne faisaient pas rien. Le premier commentait en disant : « Parce qu'on ne peut tolérer la maltraitance », le second en disant : « Suivant la situation j'en parle déjà aux collègues ». Donc la réponse du second est probablement une inadvertance ; quant au premier on peut présumer que s'il n'en parle pas c'est parce que pour lui, et sans doute un peu imprudemment mais c'est une autre histoire, les choses sont claires.

Tous les autres en parlent aux collègues. Les justifications, quand elles sont données, sont de plusieurs ordres :

Une première réponse est particulièrement instructive : « Cela concerne tout le service et ils savent sans doute des choses que l'autre ne connaît pas. Juger ensemble s'il faut intervenir » ; ici la notion intéressante est le caractère *collectif* des situations de maltraitance. Il faudra se demander pourquoi ; mettons ici comme pierre d'attente que ceci rappelle ce qui se passe dans les sociétés tribales, dont la conscience collective l'emporte sur la conscience individuelle au point que souvent leur langue n'a pas de pronom personnel singulier : chez les Touareg quand un membre du clan est assassiné cela se dit : « Notre sang a été versé ». Ainsi la maltraitance est d'emblée un mal fait à la collectivité, non à l'individu, et la réponse ne peut être que collective. Ce n'est pas un soignant isolé qui peut résoudre le problème.

D'autres veulent comparer leurs informations pour éliminer le doute : « Pour connaître l'avis des autres, pour recouper des situations. » ; « Pour une meilleure interprétation, afin d'être sûr de notre opinion » ; « Etre bien sûr de ne pas se tromper, voir si les collègues ont le même point de vue. » ; « Pour s'assurer du bon fondement de son soupçon. » ; « Pour avoir l'avis des autres et voir si mon idée était la bonne. » ; « Confronter d'autres visions pour une meilleure objectivité. Chercher l'adhésion de nos craintes pour exclure toute injustice » ; « Recueillir des preuves. » ; « Pour être sûr du fait. ». Le doute, la crainte de commettre une injustice sont très présentes et montrent le désir de ne pas réagir à chaud.

La recherche collective d'une solution est également très importante : « Pour trouver des solutions. » ; « Le dialogue nous permet de discuter de la situation, d'agir. » ; « Deux avis valent mieux qu'un et nous travaillons en équipe ». On trouve ici une notion presque socratique : la solution ne peut se trouver que par une élaboration en commun, n'est juste que ce sur quoi on peut se mettre d'accord. « Pour essayer de comprendre et trouver quelques solutions » ; « Mieux comprendre la situation ». Ici affleure un autre thème qui est la nécessité de comprendre la maltraitance : certes elle doit être traitée pour elle-même et rien ne peut l'excuser, mais une attitude purement répressive ne suffirait pas.

S'il y a des réponses qui ne sont que circulaires : « J'en parle avec mon collègue » ; « Savoir ce qu'ils en pensent », d'autres ouvrent sur des perspectives plus étranges :

- « Par culpabilité et trouver une solution ; pour en parler et être entendu par autrui ». Certes il peut s'agir là de la maltraitance exercée par le soignant lui-même, mais on croit entendre ici que même lorsqu'il n'en est pas l'auteur le soignant qui est témoin d'une maltraitance en éprouve une vague culpabilité. Culpabilité peut-être de ne pas avoir agi, mais aussi culpabilité de concourir à créer un monde où la maltraitance est possible, mais plus radicalement peut-être parce que la faute de la maltraitance a toujours quelque chose de mystérieusement collectif.
- « Pour être sûre de mes impressions et pour se libérer d'un poids ». On entend ici à peu près la même chose : l'aveu libère de la faute, même quand il n'y a pas de faute.

- « On en parle souvent, et sentiment d'impuissance et culpabilité ». C'est la même remarque. Ajoutons ici que le soupçon se fait plus précis : on parle souvent de maltraitance, ce qui indique que le phénomène est d'une fréquence insoupçonnée.
- « Protéger les sentiments ». Cette phrase un peu énigmatique met en évidence le fait que le soignant témoin d'une maltraitance pourrait se sentir en danger : le spectacle de la maltraitance est si violent qu'il induit une souffrance dont le poids demande une prise en charge par la collectivité.
- « Pour savoir si les collègues sont maltraités ou réagissent aux mêmes réactions que les résidents. ». On croit entendre ici que la maltraitance pourrait avoir quelque chose de contagieux.

En somme la maltraitance n'est pas considérée par les soignants comme un événement intéressant le maltraitant et le maltraité. Ce n'est pas (ou pas seulement) parce qu'on pense que la maltraitance résulte d'une situation générale qui favorise son éclosion, et dont toute la communauté porte peu ou prou la responsabilité, mais plutôt parce que la maltraitance, par nature, est un phénomène de groupe. Le maltraitant est vécu comme un symptôme, et la maltraitance est une sorte de calamité dont nul ne serait à l'abri, que ce soit comme victime potentielle ou comme bourreau en puissance. Répétons-le : la bonne grille de lecture est sans doute celle des sociétés archaïques, dans lesquelles la personnalité collective l'emporte sur la conscience individuelle. C'est que la violence est une occurrence où la conscience d'être tend à se dissoudre, ce qu'au reste chacun éprouve lorsqu'il perd son calme.

La référence à la hiérarchie :

La troisième proposition était : Transmettre à l'encadrement.

Sept soignants (20%) ne répondent pas. L'un commente cependant : « Pour l'équipe ; pour une continuité des soins » ; un autre : « Si on ne peut régler le problème en équipe, oui. » ; Un autre : « Parfois mais rarement : peur des retrouvailles, peur de la suite des événements. » ; « L'importance de l'équipe, d'en parler, de se renseigner ». Cela fait supposer que leur non-réponse est un oubli. Notons qu'un seul soignant fait état de son souci pour la cohésion de l'équipe et de la crainte de représailles s'il dénonce un comportement déviant. D'un côté il faut du courage pour avouer cette crainte, de l'autre on avait cru comprendre, au cours de conversations privées, que cette crainte est beaucoup plus présente.

Quatre soignants ne transmettent pas à la hiérarchie. L'un ne dit pas pourquoi. Pour les autres les raisons sont le désir d'agir d'abord discrètement : « J'en parle d'abord avec la collègue », mais aussi la crainte d'accuser à tort : « Difficile de raconter situation et contexte exact », et enfin la frustration de ne pas voir sa démarche aboutir : « pas toujours bien écouté j'ai l'impression ». Notons que ce soignant répondait à la question *Partager le doute* : « Par culpabilité et trouver une solution ; pour en parler et être entendu par autrui. », signifiant par là que l'écoute est meilleure de la part de l'équipe que de la part de l'encadrement⁶. Celui qui déclarait : « Un cas signalé une fois non résolu par les supérieurs » transmet cependant à l'encadrement (« Oui, parfois ») en justifiant : « Ce sont nos supérieurs ».

⁶ On peut naturellement objecter que la discussion en équipe est nécessairement plus rassurante puisqu'elle élude, précisément, l'action ou la sanction. Comme on l'a déjà signalé, le fait que la mise en action de l'encadrement n'aboutisse pas à une solution ne signifie pas pour autant que l'encadrement n'a rien fait : les choses ne sont pas si simples.

Les autres soignants transmettent, mais ils ne sont donc que 2/3. Leurs justifications sont de plusieurs ordres :

On retrouve tout d'abord l'idée que la gestion de la maltraitance est affaire de groupe : « Dans l'intérêt de tous » ; « Il faut en parler en groupe, c'est plus facile pour essayer de trouver une solution si cela peut se faire. » ; « Il ne faut pas rester sur un doute, tout le monde doit observer pour aboutir à une conclusion. ». Ici l'idée est que l'encadrement fait partie du groupe : c'est donc tout l'établissement qui se trouve partie prenante.

Certains pensent que l'encadrement dispose d'une compétence supérieure : « Capacité à mieux gérer la situation délicate. » ; on peut naturellement se demander s'il s'agit d'autre chose que du désir de se défaire d'une responsabilité, mais il est plus probable que face à la douleur engendrée par la maltraitance la hiérarchie se voit investie d'une sorte de pouvoir magique, la relation tendant ici à se calquer sur une relation parents-enfants : « Pour pouvoir améliorer certains cas, prévenir » ; « Une réaction, une situation particulière peut révéler un mal-être d'un résident, ou à A.-S. (?) » (on trouve ici l'idée que la lutte contre la maltraitance va peut-être imposer de faire une sorte d'effraction dans l'intimité du maltraitant ; le caractère lui-même violent de cette effraction impose le recours à l'autorité) ; « Toujours en vue de trouver des solutions. » ; « Pour remédier à la situation ; que ça ne se reproduise plus ; élucider la complexité des comportements. » ; « Essayer de résoudre le problème. ».

Ailleurs il s'agit clairement de prendre des mesures disciplinaires : « Pour éviter que cela se reproduise ». ; « Toujours parce qu'on ne peut tolérer la maltraitance » ; « Si les soupçons sont fondés cela permet de protéger la personne concernée par la maltraitance ».

Enfin certains soignants précisent à qui ils transmettent : « Sinon, M. de C...⁷ » ; « Médecin » ; « Surtout au médecin ». Notons ici que le recours au médecin est une sorte de compromis : le médecin n'a aucun pouvoir disciplinaire, mais il fait partie à la fois de l'équipe soignante et de l'équipe dirigeante, ce qui le met en position symbolique de messenger, ou de médiateur.

La position des soignants vis-à-vis d'une éventuelle répression de la maltraitance est donc ambiguë : d'un côté c'est à bon droit qu'on insiste sur la complexité des situations, de l'autre il semble que l'idée que la maltraitance est d'abord un fléau à éradiquer par une attitude sans complaisance de chacun a encore beaucoup de chemin à faire.

Autre réponse :

Une dernière option, libre, était proposée. Elle n'a pratiquement pas été utilisée.

Un seul soignant note : « Essayer à tout prix de rompre le silence » et justifie en disant : « Il existe toujours une solution. Tout préjudice doit être réparé. ».

Un autre, qui n'a pas répondu, note cependant : « Dans ce domaine nous sommes toujours en recherche de mieux. ».

LE CAS CLINIQUE :

Le questionnaire se terminait par l'exposé d'un cas clinique. Ce cas relatait une situation qui s'est réellement produite dans l'établissement. Elle concernait deux résidents.

⁷ Le Directeur de l'établissement.

M. B. dérange M. P. Ce dernier l'agresse, le frappe et lui cause un traumatisme important. Les médecins considèrent que M. P. est totalement lucide et responsable de ses actes. Interrogé, M. P. reconnaît les faits et se déclare prêt à recommencer.

Que pensez-vous des propositions ci-dessous ?

Pour chacune des propositions, on demandait de préciser s'il s'agissait de quelque chose à faire obligatoirement, si c'était une bonne solution, si c'était une solution discutable ou si c'était quelque chose à surtout ne pas faire.

Les solutions proposées étaient :

Il suffit de réprimander M. P.

Il faut trouver une sanction pour M. P.

M. P. a contrevenu au Règlement Intérieur, il faut l'exclure.

M. P. a commis un délit, il faut prévenir la gendarmerie

Il faut envoyer M. P. en hôpital psychiatrique pour le soigner.

Il faut envoyer M. P. en hôpital psychiatrique pour le punir.

Il faut informer la famille de M. B.

Il faut dédramatiser la situation, qui est banale en collectivité.

Il faut informer la famille de M. P.

Il faut isoler M. P.

Deux questionnaires posent problème : l'un n'a fourni que deux réponses, l'autre n'en a fourni aucune. Pour les autres, les résultats obtenus sont les suivants :

Il suffit de réprimander M. P. :

Les avis sont relativement partagés : 14 soignants pensent que cela doit être fait obligatoirement, 3 que c'est une bonne réponse, 11 que c'est discutable ; 3 seulement s'y opposent absolument, 2 ne répondent pas. La moitié des soignants pense donc que la réprimande est une bonne chose, un sur dix que c'est une mauvaise chose.

Ce résultat est intéressant à considérer. En effet les soignants n'ont *aucune autorité* pour procéder à une réprimande. L'article 3 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen stipule en effet : « Le principe de toute Souveraineté réside essentiellement dans la Nation. Nul corps, nul individu ne peut exercer d'autorité qui n'en émane expressément ». C'est donc abusivement que les soignants s'octroient ainsi une sorte de pouvoir de police ; cet abus de pouvoir constitue en soi une maltraitance...

Notons que la question était libellée : « il suffit de... ». On verra vite que cette nuance n'a pas été saisie.

Il faut trouver une sanction pour M. P. :

Cette proposition visait à aggraver la précédente ; il est à la fois rassurant et inquiétant de constater que les soignants sont là plus prudents : ils ne sont plus que cinq à juger la chose

obligatoire, et sept à la trouver bonne ; douze la trouvent discutable, six s'y opposent, trois ne répondent pas. Un soignant sur trois est donc partisan d'une sanction, ce qui reste beaucoup.

Ce résultat est rassurant en ce que les soignants, percevant les limites de leur raisonnement envisagent difficilement de le pousser jusqu'à ses ultimes conséquences. Toutefois il est inquiétant : ce qui les gêne est sans doute plus le mot de sanction que la chose elle-même. D'autre part ils font une différence entre la réprimande et la sanction ; la première leur semble en somme une violence acceptable, la seconde non. Le problème est que c'est par ce supposé interstice entre la violence qui est acceptable et celle qui ne l'est pas qu'on prétend justifier les maltraitances.

M. P. a contrevenu au Règlement Intérieur, il faut l'exclure :

On proposait ici une stratégie qui avait au moins le mérite d'être conforme aux seuls pouvoirs dont l'établissement dispose. Il n'en est que plus instructif de constater que cette option ne recueille *aucune* opinion favorable : 14 soignants la jugent discutable, 14 l'excluent, 5 ne répondent pas.

Bien entendu cette réponse serait difficile à mettre en œuvre sans être elle-même maltraitante : exclure M. P. supposerait qu'on puisse lui proposer une autre solution, ce qui reviendrait à exporter le problème, sauf à le laisser assumer seul les conséquences de son exclusion, ce dont il n'a d'évidence pas les moyens. Mais on sent affleurer sans peine dans les réponses des soignants l'idée qu'on n'abandonne pas un résident. C'est là une position louable, mais qui n'est pas exempte de paternalisme : parce qu'il est vulnérable et dépendant les soignants pensent visiblement leur relation au résident sur le seul modèle dont ils disposent, qui est celui de leur relation à leur propre enfant. C'est là sans nul doute l'un des plus puissants ressorts de la maltraitance en institution.

M. P. a commis un délit, il faut prévenir la gendarmerie :

Cette réponse recueille davantage de succès : 4 soignants la considèrent comme obligatoire, 4 comme une bonne chose ; 11 la jugent discutable, 11 s'y opposent, 3 ne répondent pas. Notons que le soignant qui écrit à deux reprises : « on ne peut tolérer la maltraitance » est opposé à la mesure.

Cette proposition avait été présentée parce que l'établissement a décidé de manifester que les maisons de retraite ne sont pas des zones de non-droit en faisant intervenir systématiquement la gendarmerie en cas d'actes délictueux. Elle était d'ailleurs intervenue peu de temps auparavant, ce qui avait été très apprécié des soignants mais... il s'agissait d'une affaire d'attouchements sexuels.

La relation des soignants à la sanction est donc très claire : ils souhaitent des sanctions, à la condition d'en garder la maîtrise ; ils ne sont pas prêts à accepter que les sanctions sont régies par des textes et mises en œuvre par une autorité extérieure. Ici encore le projet est de laver son linge sale en famille, dans une sorte de secret, ce qui renforce l'impression que le modèle relationnel est le modèle parents-enfants.

Il faut envoyer M. P. en hôpital psychiatrique pour le soigner :

Le texte précisait bien que les médecins ont jugé M. P. sain d'esprit, ou du moins responsable de ses actes. Un seul soignant juge que cela doit être fait ; les autres jugent la proposition discutable (12) ou la refusent (12) ; 7 ne se prononcent pas. Il semblerait que les soignants refusent de s'abriter derrière le prétexte de la psychiatrie, ce qui est un bon résultat.

Il faut envoyer M. P. en hôpital psychiatrique pour le punir :

Il s'agissait là évidemment d'une provocation. Deux soignants sont cependant « tombés dans le piège » en jugeant la chose obligatoire ; un seul la juge discutable, 24 la refusent, 6 ne répondent pas.

Il faut informer la famille de M. B. :

Les réponses sont ici sans ambiguïté : 20 soignants pensent que c'est obligatoire, 11 que c'est une bonne chose ; aucun ne l'exclut ou ne la trouve discutable, 2 ne répondent pas.

Cette attitude laisse un peu perplexe : la question qui se pose en effet est de savoir quelle serait la finalité d'une telle information.

Il est exact que M. B. est dément, et que dans ces conditions l'information de l'entourage obéit à des règles particulières. Mais il faut considérer séparément deux questions :

- D'un côté il y a l'état de santé de M. B. ; outre que le secret professionnel continue tout de même de s'appliquer largement, cet état de santé ne dépend en rien des circonstances du traumatisme. Si donc les médecins doivent considérer la nécessité de donner à sa famille une information claire, loyale et succincte, il ne s'ensuit pas qu'ils doivent tout expliquer du mécanisme de sa chute.
- De l'autre il y a la violence dont il a été victime. Il s'agit là de dénoncer un délit. C'est une autre question, et le secret professionnel est dû à M. P. Ce secret peut être levé vis-à-vis de l'autorité judiciaire, car il s'agit de sévices à personne âgée vulnérable. Par contre il interdit une dénonciation à de simples particuliers. D'autre part il faut peser les conséquences de cette révélation. La famille de M. B. pourrait choisir de retirer son parent de l'établissement, mais ceci aurait des conséquences fâcheuses pour lui. Elle pourrait aussi être amenée à porter plainte ; mais si c'est pour en arriver là on voit mal, hors le souci bien humain de se défausser, pourquoi les soignants sont si peu favorables à l'idée que l'établissement déclenche lui-même la procédure judiciaire.

Les soignants ont donc répondu, et leur unanimité est fascinante, sans peser les implications de leur réponse. Ils sont ici dans l'affectif : tout comme leur modèle relationnel est familial, ils privilégient le traitement par la famille de la situation, sans se demander ce qui va en résulter.

Il faut dédramatiser la situation, qui est banale en collectivité :

La question était ici délibérément ambiguë : il va de soi en effet que la situation doit être dédramatisée ; il va tout autant de soi qu'elle est banale en collectivité ; mais cela ne signifie en aucun cas qu'elle doive être traitée avec légèreté. Ce qui était testé là était la capacité des soignants à donner une réponse professionnelle.

Quatre soignants pensent qu'il faut obligatoirement le faire ; 4 considèrent que c'est une bonne chose ; 7 jugent cela discutable, 11 qu'il ne faut pas le faire ; 7 ne répondent pas. Ce que les soignants n'ont pas su voir, c'est que le fait de dédramatiser ne signifie nullement qu'on va enterrer l'affaire. Il ne faut certainement pas tirer de ce point des conclusions trop hâtives, mais simplement garder à l'esprit le travail qui reste à faire pour qu'ils accèdent à une vision pondérée de leur travail.

Il faut informer la famille de M. P. :

Ici aussi les réponses sont éloquentes : 19 soignants pensent que cette action est obligatoire, 7 que c'est une bonne chose ; 2 la jugent discutable, aucun ne l'exclut, 5 ne se prononcent pas.

Le résultat appelle des commentaires similaires à ceux de la question concernant la famille de M. B. : les soignants ont oublié de se demander pourquoi on informerait la famille de M. P. En premier lieu les actes de ce dernier sont couverts par le secret professionnel. En second lieu il a été considéré comme responsable de ses actes, et dans cette mesure on doit se demander pourquoi on accorderait à sa famille une sorte de tutorat sur son comportement. Enfin il faudrait pouvoir dire ce qu'on attend d'une telle révélation. En somme le fait d'informer la famille de M.P. n'est rien d'autre qu'une simple délation.

Ce que les soignants mobilisent en proposant d'informer l'entourage de M.P. n'est donc rien d'autre là encore que le rêve d'un traitement familial du problème.

Il faut isoler M. P. :

La proposition faite ici était encore ambiguë. Elle se fondait sur les propos de M. P., qui annonçait clairement sa volonté de ne pas laisser son voisin le déranger. Dans ces conditions on pouvait juger dangereux d'exposer un voisin à une agression, d'autant qu'à ce moment-là il n'existait aucun appariement acceptable. L'idée de l'isoler était donc une mesure rationnelle, et du reste relativement conforme à ses désirs. Mais naturellement elle pouvait tout à fait être conçue comme une sanction déguisée.

L'étude des réponses montre que les soignants n'ont pas su faire la part des choses : 1 seul juge la mesure indispensable ; 7 trouvent que c'est une bonne solution ; 12 l'estiment discutable, 8 s'y opposent, 5 ne répondent pas.

Au total :

Cette impression est renforcée par une remarque d'un questionnaire qui indique que les démarches visant à faire traiter le cas hors de l'établissement (exclusion, gendarmerie, hospitalisation psychiatrique) « ne sont pas de notre ressort ». Cette réponse est éclairante dans la mesure où le questionnaire demandait simplement si ces stratégies étaient adaptées, sans se prononcer sur le point de savoir qui les mettrait en œuvre. On trouve là la marque d'un refus d'examiner toute solution qui pourrait écorner une image supposée de bon soignant en maintenant le secret sur ce qui s'est passé. Les autres réponses sont : réprimander M. P. (obligatoire) ; dédramatiser (bonne réponse) ; informer la famille de M. B., ce qui dans ce contexte n'a guère de sens...

DISCUSSION :

L'étude qui vient d'être décrite appelle plusieurs commentaires.

La gestion du problème :

Le premier commentaire qui vient à l'esprit concerne sans doute le phénomène lui-même. Si personne n'avait la naïveté de croire que le problème ne se posait pas dans la maison, si l'équipe dirigeante répétait volontiers que la situation était sans doute la même que dans tous les établissements, on ne s'attendait guère à une telle description.

À cause de la fréquence des cas rapportés, tout d'abord. Certes il faut nuancer : il se peut que le même cas ait été décrit plusieurs fois. Il se peut aussi que les soignants aient parlé de tous les cas qu'ils ont vécus depuis leur entrée en fonctions. Il est probable aussi qu'il y aura eu un « effet questionnaire » : des problématiques banales seront devenues tout à coup des situations de maltraitance. Il se peut enfin que des soignants aient évoqué des situations théoriques. Mais une telle tentative de minimiser le problème ne sert à rien : d'une part même un petit nombre de cas suffirait à poser problème ; d'autre part ce qui doit être pris en considération ici c'est simplement l'impression générale des soignants. Ils ont le *sentiment* de vivre dans un univers maltraitant, cela suffit.

À cause des stratégies développées, ensuite. Car nombreux sont les soignants qui décrivent ce qu'ils font en cas de maltraitance. Certains en parlent entre eux. D'autres vont jusqu'à dire qu'ils agissent auprès du collègue réputé fautif. La maltraitance fait tellement partie de leur quotidien qu'ils se sont organisés.

Là où les choses se compliquent, c'est que cette organisation est largement *secrète*. L'encadrement la découvre à l'occasion de ce questionnaire. Défaut d'écoute ? Assurément. Mais ce n'est pas si certain : on a vu que les 2/3 des soignants (22 sur 33) déclarent qu'ils transmettent l'information à la hiérarchie. Or celle-ci n'est en réalité presque jamais informée. En particulier en cinq ans le Médecin-Chef n'a eu connaissance que de quatre cas de maltraitance, qui ont tous été traités. D'autres situations lui ont été rapportées, mais la dénonciation ne comprenait jamais l'identité du maltraitant, ce qui réduit singulièrement les possibilités d'action.

Curieuse dissonance, qui pousse à se demander pourquoi les soignants ont cette impression de ne pas être écoutés alors qu'en fait ils ne parlent pas. Le problème de la maltraitance semble se traiter par cercles successifs : dans un premier temps sans doute il est géré par un collègue proche. En cas d'échec on en parle à l'équipe, mais non sans réticence. Si cela ne réussit pas on transmet à l'encadrement, mais avec réserve et scepticisme. Quant à considérer que cela devrait sortir de la maison, c'est une autre affaire⁸. En soi cette manière de gérer le problème n'est pas nécessairement critiquable ; elle le devient dès lors que l'on considère, d'une part que les soignants disent souffrir de leur isolement devant la maltraitance, d'autre part que cet isolement, précisément, est fortement générateur de maltraitance. D'ailleurs ils sont nombreux à penser que la maltraitance est affaire de groupe et non de personnes.

⁸ « Si ton frère vient à pécher, va le trouver et reprend-le, seul à seul. S'il t'écoute tu auras gagné ton frère. S'il ne t'écoute pas, prends encore avec toi un ou deux autres, pour que *toute affaire soit décidée sur la parole de deux ou trois témoins*. Que s'il refuse de les écouter, dis-le à la communauté. Et s'il refuse d'écouter même la communauté, qu'il soit pour toi comme le païen et le publicain ». (évangile de saint Matthieu, XVIII 15-17).

Ceci pousse à proposer une première solution : comme le note si justement une soignante, parler de la maltraitance c'est déjà la combattre : « En parler si possible pour combattre une part obscure de mutisme, la peur de dénoncer et de faire du bourreau une victime » ; « Essayer à tout prix de rompre le silence ». D'autres soignants ont repéré le côté pathologique de la maltraitance : le maltraitant est d'abord quelqu'un qui a besoin d'aide. On peut donc proposer de constituer un lieu de parole où les problèmes de maltraitance seraient abordés. La question qui demeure est de savoir dans quelle mesure les cadres doivent y participer. D'un côté il vaut sans doute mieux un lieu sans les cadres que pas de lieu du tout, de l'autre les choses ne seront réellement en place que lorsque les soignants auront admis que la parole doit être ouverte à tous.

Une telle suggestion se heurte à une tradition fortement ancrée qui veut que les soignants voient dans les cadres des agents de répression dont il faut se méfier. Mais il faut s'interroger sur la fonction de cette tradition : car dans notre établissement les sanctions sont si exceptionnelles que les soignants le déplorent volontiers. Elle aboutit à constituer cet enfermement entre eux dont les soignants disent souffrir. Puisqu'ils créent eux-mêmes l'instrument de leur solitude, il faut bien penser qu'ils y sont attachés ; dans cette mesure ils se maltraitent eux-mêmes, créant ainsi en partie l'univers maltraitant qui les expose à devenir maltraitants.

Cela dit on peut également penser que le manque de stratégie répressive aboutit à une maltraitance. L'absence de repères, de normes, de frontières est génératrice d'instabilité, d'insécurité, et cela peut engendrer une angoisse qui s'exprime par la maltraitance. On en viendrait alors à dire que l'absence d'autorité, de contraintes, l'absence en somme de maltraitance est une maltraitance...

Le travail comme maltraitance :

On a noté que les soignants tolèrent assez mal les situations où ils sont amenés à donner un soin auquel le résident résiste. On ne reviendra pas sur ce qui a été dit. Par contre il faut insister sur l'ambivalence de cette notion, et sur le caractère paradoxal des injonctions qui en résultent. Il semble que la racine de la souffrance des soignants soit l'impuissance : comment peut-on se résigner à ne rien faire sans que ce soit vécu comme un abandon, presque une euthanasie ? Il est fréquent d'entendre : « Je ne comprends pas pourquoi on ne fait rien pour ce malade ». Ce qui se passe alors vaut d'être analysé.

- D'abord parce que les soignants qui disent cela ne s'aperçoivent sans doute pas que cette phrase est typique des propos des *familles*. Le reproche qu'elles adressent ainsi implicitement au médecin est le même que celui que les familles leur adressent.
- Ensuite parce que les médecins réagissent toujours très mal à cette phrase, dont ils saisissent immédiatement tout le contenu agressif. Rien n'est pire que de suspecter l'autre de négligence, surtout s'il est en réalité consciencieux ; ce reproche, est assurément une marque de souffrance : après un décès il est courant d'entendre une soignante dire : « Je le disais depuis un moment », insinuant par là qu'on aurait dû l'écouter. En fait on s'aperçoit vite qu'elle n'avait rien dit du tout, mais que sa réaction est simplement une révolte de type Kübler-Rossien, comme on en voit dans tous les deuils. Toujours est-il que cette allégation déclenche rapidement chez le médecin une réaction défensive dont l'agressivité est à la mesure de celle qu'il a subie. Ainsi naissent toutes les maltraitances.
- Enfin parce que si le médecin, plus ou moins piqué au vif, explique que la situation imposerait des mesures disproportionnées avec les espérances de guérison, et propose de les prendre quand même, les soignants répondent unanimement que ce serait de la cruauté.

Ainsi se boucle la boucle, et on parvient rapidement à la conclusion que le renoncement thérapeutique est la seule solution. Mais cela ne peut satisfaire les soignants, qui vont s'acharner à rechercher des demi-mesures irréalistes. La chose la plus difficile est d'apprendre à ne *rien* faire.

Ceci vaut pour de nombreuses situations : laver un résident qui ne veut pas l'être est une maltraitance, ne pas le laver est un défaut de soins ; dans un cas comme dans l'autre le soignant se sent maltraitant. Tout va bien quand le désir des résidents et celui des soignants sont en congruence. Tout va bien encore quand la négociation aboutit à un compromis acceptable par les deux. Mais très fréquents sont les cas où cette négociation n'aboutit pas, et encore plus fréquents sans doute sont les cas où le résident masque son désaccord. Alors le soignant est contraint de passer en force, même si Dieu merci cette force est rarement brutale : il est de douces violences, mais personne n'en est dupe.

Allons plus loin. On a dit plus haut que tout amour est fondé sur le désir pour l'autre. Si je n'ai pas d'ambition pour celui que j'aime, je ne l'aime pas⁹. Ceux dont je n'attends rien sont ceux que je méprise. Mais alors il y a une contradiction radicale : car la relation entre le sujet âgé et le soignant n'est pas et ne saurait être égalitaire ; l'un est vulnérable, en proie au doute, à l'abandon de soi, l'autre ne l'est pas. Il y a un pot de terre et un pot de fer, et celui qui décide de ne pas utiliser sa supériorité ne devient pas pour autant l'égal de celui qui n'a pas de supériorité. En somme, et quoi qu'il fasse, c'est toujours le soignant qui *juge* de la validité du compromis. On n'a jamais vu des résidents mener des réunions d'équipe pour décider de ce qu'ils vont faire aux soignants¹⁰.

L'exemple de la grille AGGIR, cité plus haut, est éclairant : tout le monde s'accorde implicitement pour dénier la liberté du résident. Il existe un modèle de comportement, il y a une norme sociale, et le niveau de dépendance est jugé relativement à cette norme sociale. Mais personne ne se préoccupe de l'origine de cette norme. On s'en préoccupe si peu qu'on s'échine à justifier la toilette par des considérations d'hygiène et de santé qui sont aussi ridicules que l'étaient les arguments au nom desquels le XVIIe siècle répugnait à se laver. C'est qu'il faut à tout prix que la norme soit incontestable ; ainsi se fondent les dictatures.

Ce que les soignants ressentent, c'est précisément le caractère en fait arbitraire de la norme de soins. Et leur souffrance, le sentiment de maltraiter et d'être maltraité, vient du fait qu'ils ont été formés en référence à cette norme, qu'ils ne sauraient penser sans elle, et qu'ils sont ainsi écartelés entre l'incapacité à la respecter et l'incapacité à s'en passer. Un soignant, on l'a vu, résume cela admirablement : « être obligé de donner des soins particuliers (attacher les résidents, forcer sur l'alimentation... ; ou ne pas pouvoir en donner ».

Les ressorts de la maltraitance :

On a vu chemin faisant que les soignants sont en souffrance. Et quand on examine leurs propos de ce point de vue on tombe facilement sur deux thèmes majeurs : l'impuissance et la culpabilité.

⁹ Bien entendu cela ne signifie pas que je suis le juge de celui que j'aime. L'autre a besoin de savoir que je le sais capable de beaucoup, il a besoin de savoir que j'ai foi en lui ; cela ne me donne aucun droit à exiger, et la relation d'amour suppose la liberté. Comme toute entreprise véritablement humaine, l'amour naît dans la conciliation impossible de deux impératifs opposés : le respect absolu de l'autre et le regard de désir qu'on pose sur lui.

¹⁰ On peut naturellement le regretter.

L'impuissance pose sans doute assez peu de problèmes. On sait bien que la violence est l'arme des faibles. Encore faut-il méditer toutes les implications de ce propos, car c'est à la fois tout dire et peu dire. Tel quel le propos n'est rien d'autre qu'un jeu de mots.

Dire que la violence est l'arme des faibles, c'est dire que si je ne parviens ni à persuader ni à renoncer à le faire, je n'ai plus que la ressource de me fâcher ; chacun a des exemples de ce mécanisme, et il serait urgent de former les soignants à la gestion de l'impuissance. Il faut élaborer une sémiologie de l'impuissance, enseigner aux soignants à s'observer, à détecter les prémices des situations où ils risquent de perdre leur calme et à acquérir le réflexe de passer la main. Mais cela ne suffit pas.

Car comment décrirait-on l'arme des forts ?

À l'opposé de l'adage : « la violence est l'arme des faibles », il y a le « *ultima ratio regum* » que Louis XIV faisait inscrire sur ses canons. La France de Louis XIV était-elle faible ? il faudrait dire alors que la force physique est l'arme des faibles spirituels. Mais alors il faudrait démontrer que la force de la parole est réellement moins violente que la force des gestes. Et il faudrait là encore dire qui juge de cela¹¹.

Car en disant cela on fait l'économie d'un drame : toute interaction, toute rencontre, toute communication réalise une effraction de la limite de l'autre. Si je parle à mon ami, c'est pour lui transmettre quelque chose, c'est pour lui donner une information, c'est pour modifier quelque chose en lui. Et cette modification, il ne me l'a pas demandée. Certes il existe tout un système d'autorisations qui fait que l'autre peut accepter ou non mon intrusion, mais il demeure qu'ontologiquement toute interaction est violente. Et que là encore c'est une instance extérieure qui juge quelles sont les interactions acceptables et celles qui ne le sont pas.

En somme, la violence surgit quand un soignant ne sait plus trouver de solution à son problème. La maltraitance est toujours le signe d'une détresse, et ce sont les soignants qui vont mal qui sont les plus exposés. En ce sens la maltraitance demande d'abord une aide, un soutien, une formation, une compassion. Mais s'il est assurément nécessaire de repérer et de venir en aide aux soignants qui maltraitent au sens courant du terme, il n'en reste pas moins que la différence entre ces soignants et les autres est plus mince qu'on ne pense, et que notre métier de soignants est intrinsèquement intrinsèquement maltraitant : la pratique courante courante d'un service d'hébergement montre que la journée d'un soignant se compose de plusieurs tâches principales :

1. Lever un patient qui veut rester couché.
2. Faire la toilette de quelqu'un qui n'en a pas l'habitude.
3. Faire marcher un résident qui n'en a que faire.
4. Pousser à manger un résident qui n'a pas faim.
5. Faire boire un patient qui n'a pas soif.
6. Sortir de sa chambre quelqu'un qui veut y rester.

Certes on peut sans peine trouver des justifications à cette maltraitance. Mais réfléchissons un peu plus : quel est le projet de notre société vis-à-vis des personnes âgées ? D'ailleurs pourquoi a-t-elle un projet ?

¹¹ C'est souvent le faible qui dit que la violence est l'arme des faibles, ce qui lui évite de mettre en acte une violence dont il n'est pas sûr.

Pour cette seule raison : elle a peur de la mort. Et elle ne peut survivre à cette peur qu'en faisant croire qu'elle serait universelle. Nous vivons dans l'illusion que de tout temps tous les hommes ont toujours voulu vivre le plus longtemps possible, alors que cette idée n'est l'obsession que de la civilisation occidentale contemporaine. Mais si nous acceptions l'idée que peut-être ce n'est pas évident, alors notre propre angoisse de mort s'en trouverait démultipliée¹². Il faut donc que cette angoisse de mort soit partagée par les vieillards : faire vivre les personnes âgées sert à nous garantir qu'on fera de même pour nous, et surtout que nous avons bien raison d'être à ce point angoissés. Le problème est que nous ne savons pas les faire vivre, nous ne savons que les faire respirer ; nous savons augmenter l'espérance de vie, mais nous peinons à faire de la vie une espérance. C'est cette *impuissance radicale* de la civilisation qui nous conduit à les contraindre à respecter des normes de propreté, d'alimentation, de socialisation qui ne sont pas les leurs. En les momifiant ainsi nous nous échinons à les conserver à peu près semblables à nous, ce qui nous permet de conserver l'illusion que nous ne vieillirons pas. Et nos plans de soins sont maltraitants parce que nous sommes impuissant à élaborer des plans de vie.

Quant à la culpabilité elle est fortement notée par les soignants. Mais là encore il faut s'entendre.

Il va de soi que le soignant se sent très rapidement coupable quand il constate ou croit constater que son acte est maltraitant. Allons plus loin : le sentiment d'impuissance qui est à la racine de la maltraitance implique lui-même d'abord un sentiment de culpabilité. Mais les soignants ont dit bien davantage : ils ont dit notamment que la culpabilité devant la maltraitance est collective ; au sens où c'est l'institution qui est coupable, certes ; mais aussi d'une manière plus énigmatique, comme si la maltraitance était une sorte de malédiction, une tare héréditaire.

Il y a de solides raisons de penser que la culpabilité est à la base de la maltraitance. Certes il est bien connu que les pervers, les sadiques, ne se sentent jamais coupables. Mais il faudrait être moins dupes : ils ne font que *dire* qu'ils ne sont pas coupables. Du fait qu'ils le disent il ne s'ensuit pas qu'ils ne le sentent pas. Du fait qu'ils ne sont pas conscients de leur culpabilité, il ne s'ensuit pas qu'elle ne soit pas inconsciente. Et si leur acte ne leur fait éprouver (ce qui reste à voir) aucune culpabilité, si la culpabilité n'est pas à la fin de leur acte, il reste à démontrer qu'elle n'en est pas à l'origine. En réalité la maltraitance est une conduite fondée sur le reproche que je fais à l'autre. C'est son comportement qui me conduit à le maltraiter ; la maltraitance est toujours une contre-attaque. Ce que j'élude ainsi c'est ma culpabilité : je limite ma culpabilité en faisant de l'autre un coupable plus coupable. Toute scène de ménage repose sur ce mécanisme. On voit ici le lien entre culpabilité et impuissance : la situation de maltraitance naît parce que je n'ai pas trouvé le moyen de l'éviter. C'est en projetant ma culpabilité sur l'autre que je peux supporter mon impuissance. Il ne me reste plus alors que la ressource de le maltraiter pour me rassurer sur ma puissance d'une part, mon innocence de l'autre.

Nous avons vu qu'il existe un troisième ressort : le fait de se trouver dans un environnement maltraitant. À condition toujours de nuancer.

Il est bien connu que les soignants sont plus maltraitants lorsque l'ambiance de travail est maltraitante ; il est bien connu que les meilleurs tortionnaires sont les anciens torturés, et que

¹² C'est la raison pour laquelle nous prétendons contre toute évidence que tout suicide est toujours l'indice d'une dépression qu'il faut soigner, alors que bien des suicidants commettent leur geste en totale sérénité.

l'une des clés des régimes totalitaires est de faire vivre leurs propres membres dans la terreur qu'ils sont chargés d'inspirer. La manière dont la maltraitance de l'environnement favorise la maltraitance individuelle est simple à comprendre : à la guerre comme à la guerre.

Mais il reste à faire la part de la maltraitance et de la peur. Car lorsqu'on demande aux soignants d'envisager d'autres maltraitements que celles dont ils pourraient se rendre coupables, ils évoquent certes assez facilement celles dont ils pourraient être victimes, mais pas seulement : ils parlent beaucoup de celles dont ils sont témoins (les résidents entre eux, les familles...) et certains évoquent même la maltraitance générale de la société. Le tableau qu'ils peignent est celui d'une civilisation fondée sur la violence, comme si tous les rapports sociaux se trouvaient contaminés. La question est ici de savoir dans quelle mesure il s'agit d'un vécu véritable¹³, et dans quelle mesure il s'agit d'une véritable réflexion : le fait d'envisager sa propre maltraitance a pour conséquence une tentative de la relativiser en exagérant l'ambiance générale de maltraitance.

Ce n'est pas nécessairement que les soignants tentent là de se défaire. Il s'agit au contraire d'un mécanisme somme toute bénéfique : conduits à réfléchir sur ce qui dans leur pratique peut être appelé maltraitance les soignants en viennent à concevoir la chose de manière très scrupuleuse : leurs actes, même anodins ou peu fautifs, leur paraissent suspects.

Du même coup ils deviennent plus sensibles aux petites maltraitements de la vie quotidienne. En somme la première chose qui arrive à un établissement qui veut travailler sur la maltraitance est l'impression que le phénomène s'aggrave. Il ne s'agit pas d'une régression mais d'une prise de conscience.

Reste que si on veut travailler sur la maltraitance il importe de garder à l'esprit l'importance de ces trois mécanismes cardinaux : violence de l'environnement, sentiment d'impuissance et culpabilité.

L'esprit de famille :

L'un des points les plus remarquables de cette étude est une découverte : les soignants ont tendance à envisager la maltraitance comme une affaire de famille.

Il n'est pas très difficile de comprendre pourquoi : les équipes sont majoritairement composées de femmes jeunes¹⁴. Celles-ci disposent de deux références : celle qu'elles ont acquise dans leurs études, mais cette question n'y est guère abordée ; celle qu'elles ont dans leur vie, qui est la relation qu'elles ont à leurs enfants. La contamination est aisée, tant l'activité de l'aide-soignante a de points communs avec celle de la nourrice : il est question de laver, de faire manger et de changer des couches. C'est la raison pour laquelle¹⁵ la gestion des excréments est si omniprésente dans les transmissions. Bref les soignants ont tendance à calquer leur relation à la personne âgée sur le modèle de la relation à leurs enfants, et l'hôpital devient une famille. L'affectivité, les susceptibilités, les demandes sont celles qu'on observerait dans un cercle familial, avec tous leurs débordements et toutes leurs déviations.

¹³ Même si les exemples cités sont probablement tous authentiques il n'en reste pas moins que l'hôpital en cause n'est pas l'établissement où règne le plus de maltraitance généralisée, et que la ville de son siège, si elle a son lot d'incidents parfois violents, ne saurait se comparer aux banlieues sensibles de la région parisienne.

¹⁴ Ce qui ne permet certes pas de préjuger de ce qui se passerait s'il s'agissait d'hommes.

¹⁵ Outre les nécessités du soin, bien sûr, car il s'agit objectivement de questions cruciales.

Cela explique l'anomalie du cas clinique.

Car lorsqu'on interroge les soignants sur leur conception générale de la maltraitance, ils savent développer des idées très fines, très pertinentes, très sensibles. Et voici que les choses changent radicalement dès qu'il s'agit de situations concrètes.

Soit un résident qui en maltraite un autre. Il est lucide, il ne regrette pas son acte, que faut-il faire ?

La première chose à faire est une évidence : s'il est vrai que ce résident est lucide (et dans un cas clinique il est interdit de contester l'exposé : par hypothèse on présume que l'auteur a bien examiné la situation : il ne servirait à rien sinon de l'étudier et il faudrait en rédiger un autre), alors il doit être considéré comme un citoyen libre et responsable. Toute autre stratégie aboutirait à le dévaloriser, à en faire un « pauvre vieux », ce qui serait une maltraitance.

La seconde chose, plus méconnue, est cependant une obligation : dans un établissement de soins les soignants n'ont aucune autorité de police, réserve faite du Directeur qui est chargé de faire respecter le Règlement Intérieur.

La troisième chose est le secret professionnel, qui impose de ne révéler que ce qui est strictement nécessaire au bien-être des personnes soignées.

La quatrième chose est qu'il faut être soignant, et prendre des décisions adaptées.

Il est remarquable de noter que les soignants sont majoritairement maltraitants dans la situation exposée, et qu'ils n'ont visiblement aucune conscience de cette maltraitance.

Réprimander le coupable, le sanctionner suppose qu'ils procèdent à un abus de pouvoir : rien ne les autorise à se poser en juges. C'est dans les familles qu'il existe une police privée ; la famille est un microsociété dont la fonction est de préparer les enfants à l'entrée dans la société réelle ; le pouvoir de répression des parents, qui est à la mesure des délits dont ils sont les juges, est une maquette de l'instance judiciaire et policière. Mais dans une institution pour personnes âgées ce ne sont pas des enfants qui sont pris en charge.

Refuser d'exclure le résident est une bonne chose si on redoute les conséquences de cet acte pour lui. Mais il y a lieu de penser que disant cela les soignants ne fassent que manifester leur crainte de perdre le lien avec le résident : une famille n'abandonne pas un de ses membres. Par ailleurs se pose la question sans doute d'une sorte de qu'en dira-t-on. Il existe un interface entre l'institution et le monde extérieur, et les soignants gèrent cet interface avec précision.

En particulier il importe de gérer soigneusement l'information, et c'est pourquoi les regards extérieurs sont toujours mal acceptés, du moins dans un premier temps : *a priori* ce sont des espions, qu'il s'agisse des familles, des bénévoles, des psychologues... C'est pourquoi la question de la dénonciation de l'acte est intéressante à considérer. Refuser l'intervention de la gendarmerie n'est rien d'autre qu'une variante de l'*omertà*. Il ne faut pas que cela se sache, et les soignants, qui ont pourtant exposé leur désir de voir la maltraitance parlée, mise en mots, discutée, dénoncée et en tant que de besoin sanctionnée refusent de voir le linge sale lavé autrement qu'en famille et en secret. Mais paradoxalement ces mêmes soignants qui refusent de faire connaître le problème à des professionnels investis d'un pouvoir, fût-il partiel, d'y remédier, sont unanimes à dire qu'il faut prévenir les familles. C'est que le statut de la famille

est ambigu : dans l'ensemble les soignants la vivent comme extérieure au noyau résident-soignants, et en font un élément étranger, voire perturbant. Cependant il n'est pas possible de nier qu'elle est une famille, qu'elle fait donc partie du clan. Et si dans notre civilisation comme dans beaucoup d'autres la famille se serre les coudes pour éviter que les secrets ne transpirent, en contrepartie elle les partage tous.

Dans le refus de prévenir la gendarmerie il y a non seulement le désir de ne pas ébruiter l'affaire mais également celui de garder la maîtrise de la justice. C'est une prérogative ancestrale du père de famille que d'exercer cette justice sur sa tribu, et le groupe des soignants n'entend pas s'en dessaisir. En fait dans cette matière il y a quatre situations :

- Ceux qui veulent sanctionner le résident et prévenir la gendarmerie : ils sont 3.
- Ceux qui veulent prévenir la gendarmerie sans prendre de sanctions : ils sont 4.
- Ceux qui veulent sanctionner sans prévenir la gendarmerie : ils sont 8.
- Ceux qui ne veulent rien faire : ils sont 18.

On voit donc aisément que le premier groupe est très répressif. Pour lui la lutte contre la maltraitance justifie tous les moyens. Ce groupe représente moins de 10% des soignants. À peine plus nombreux est le groupe de ceux qui, demandeurs d'une sanction, ne se reconnaissent pas le droit d'en décider. Trente pour cent des soignants au contraire veulent une sanction à condition de l'organiser eux-mêmes. Et surtout, plus de la moitié de soignants ne décident rien. Le modèle familial sous-jacent est donc pour un petit nombre la famille patriarcale, menée d'une main de fer par le chef de clan, et pour plus de la moitié la famille méditerranéenne, où les menaces sont plus fréquentes que leur exécution.

Cette vision familiale du travail a des inconvénients importants : en particulier elle aboutit à faire perdre de vue la véritable fonction des soignants qui est de promouvoir des solutions rationnelles. La quasi-totalité des soignants souhaite dénoncer le comportement du résident auprès de sa famille, sans doute dans le but de partager la charge émotionnelle de l'événement. La sanction, et plus encore la réprimande ont beaucoup de succès. Mais si on refuse de prévenir la gendarmerie, c'est parce que, tout de même, on ne peut pas lui faire ça¹⁶... Et si on refuse d'isoler le résident, c'est parce que ce serait une sanction. Ce dernier point est particulièrement révélateur : peu importe qu'en réalité l'isolement réponde au *désir* du résident ; peu importe que les soignants soient dans *l'obligation* de veiller à la sécurité d'un éventuel voisin : l'isolement pourrait être une sanction, donc c'en est une¹⁷. Ceci conduit à poser une ultime question : 20% des soignants optent pour sanctionner le résident ; on peine à imaginer quelle sanction ils prendraient.

Le thème de la famille est particulièrement important.

La famille est un milieu maltraitant. Contrairement à un discours à la mode, c'est largement sa fonction. La famille est un lieu d'apprentissage, où l'enfant apprivoise les rapports d'autorité. Comment il convient de faire cet apprentissage, c'est là une autre affaire, et on peut en débattre. Mais il demeure que le rôle de la famille est de préparer l'enfant à l'entrée dans ce monde autrement maltraitant qu'est la vie. C'est pourquoi dès lors qu'ils sont maîtrisés, l'ordre donné, la fermeté, la suspension de la liberté des personnes, la contrainte de la société sont légitimes dans la famille¹⁸.

¹⁶ Mais il n'y a pas de lien dans les réponses entre le refus de signaler et le désir de dédramatiser...

¹⁷ Le comique de l'affaire est que les médecins qui ont pris cette décision, loin d'être à l'aise avec elle, en conçoivent une certaine culpabilité...

¹⁸ Même si on n'en méconnaît nullement les dangers et les abus.

Il reste à ne pas oublier que dans cette famille le résident n'avait pas, lui, demandé à entrer.

ANNEXE I
QUESTIONNAIRE

POUR VOUS, MALTRAITER C'EST :

VOUS ETES-VOUS DEJA SENTI MAL A L'AISE DEVANT UNE SITUATION ?

PAR EXEMPLE ?

IL N'Y A PAS QUE LA MALTRAITANCE DES SOIGNANTS ENVERS LES RESIDENTS. POUVEZ-VOUS EN CITER D'AUTRES ?

QUAND VOUS AVEZ UN DOUTE SUR UNE SITUATION DE MALTRAITANCE, QUE FAITEZ-VOUS ?

RIEN	OUI	NON
-------------	------------	------------

POURQUOI ?

PARTAGER LE DOUTE AVEC DES COLLEGUES	OUI	NON
---	------------	------------

POURQUOI ?

TRANSMETTRE A L'ENCADREMENT	OUI	NON
------------------------------------	------------	------------

POURQUOI ?

AUTRE REPONSE	OUI	NON
----------------------	------------	------------

POURQUOI ?

CAS CLINIQUE :

M. B. dérange M. P. Ce dernier l'agresse, le frappe et lui cause un traumatisme important. Les médecins considèrent que M. P. est totalement lucide et responsable de ses actes. Interrogé, M. P. reconnaît les faits et se déclare prêt à recommencer.

Que pensez-vous des propositions ci-dessous ? Pour chacune des propositions, mettez une croix dans la colonne correspondant à votre réponse.

	À faire obligatoirement	Bonne réponse	Réponse discutable	À ne surtout pas faire
Il suffit de réprimander M. P.				
Il faut trouver une sanction pour M. P.				
M. P. a contrevenu au Règlement Intérieur, il faut l'exclure.				
M. P. a commis un délit, il faut prévenir la gendarmerie.				
Il faut envoyer M. P. en hôpital psychiatrique pour le soigner.				
Il faut envoyer M. P. en hôpital psychiatrique pour le punir.				
Il faut informer la famille de M. B.				
Il faut dédramatiser la situation, qui est banale en collectivité.				
Il faut informer la famille de M. P.				
Il faut isoler M. P.				

ANNEXE II

RESULTATS DU QUESTIONNAIRE

POUR VOUS, MALTRAITER C'EST :

1. Faire un soin à un résident quand il le refuse
2. Manque de respect à autrui ; être un minimum agressif (verbalement, gestuellement) ; être obligé de donner des soins particuliers (attacher les résidents, forcer sur l'alimentation... ; ou ne pas pouvoir en donner.
3. Parler agressivement, bousculer, ne pas répondre à l'appel.
4. Agresser verbalement une personne, et peut-être en venir à la frapper.
5. Dans la parole, dans les gestes, dans la rapidité.
6. Avoir des paroles agressives, des gestes brusques, obliger.
7. Mauvaises paroles, gestes déplacés.
8. Avoir des gestes, des paroles agressifs de malveillance ou d'ignorance.
9. La brutalité
10. Faire mal
11. Manquer de respect ou faire mal
12. Oral. Verbal
13. Violence verbale ; violence gestuelle
14. Manque de respect parole/geste
15. Agresser une personne physiquement ou moralement
16. La maltraitance est verbale et physique ; manquer de respect à autrui par n'importe quel moyen.
17. Etre violent physiquement ou moralement envers nos patients
18. Etre violent avec autrui physiquement ou verbalement
19. Etre violent physiquement ou moralement envers quelqu'un
20. Pas forcément être violent physiquement, mais dans les paroles ou les actes, ne pas faire ce qu'une personne désire, faire ce que l'on pense nous et ne pas tenir compte de son avis.
21. Manquer de respect vis-à-vis des gestes et des paroles.
22. Le non-respect de l'autre. Paroles, faits, gestes, ou abstention. Atteinte à la personne physique ou psychique de notre part, capables de menacer l'altérité de l'être ; tout ce qui peut entraîner une perte d'identité ; provoquer ou laisser souffrir sans intervenir ; c'est commettre l'intolérable, une violence infligée.
23. tout acte ou parole pouvant blesser
24. Faire aux autres ce que je ne voudrais pas que l'on me fasse ; refuser d'accorder à l'autre les droits et les devoirs que je me reconnais.
25. Imposer une situation à une personne non consentante
26. Frapper les résidents
27. Brusquer une personne. Donner des coups. Insulter une personne. Imposer quelque chose à quelqu'un alors qu'il refuse totalement.
28. Non-respect de la personne ; physique ou moral = verbal
29. Peut-être verbal, psychologique, physique ; maltraiter n'est pas seulement frapper, mais aussi à travers des mots, se manière de se comporter, d'agir.
30. Manque de respect
31. Un manque de respect (physique, moral) vis-à-vis de la personne soignée, + un manque de soins.
32. Verbal, physique

33. Ne pas respecter l'autre et profiter de notre statut, de notre supériorité physique et/ou intellectuelle afin d'imposer notre bien-être au détriment de l'autre

VOUS ETES-VOUS DEJA SENTI MAL A L'AISE DEVANT UNE SITUATION ?

1. Oui.
2. Oui
3. Ne répond pas
4. Oui
5. Oui
6. Oui
7. Ne répond pas.
8. Oui
9. Oui
10. Oui
11. Oui
12. Oui
13. Oui
14. Ne répond pas
15. Oui
16. Oui
17. Non
18. Oui
19. Oui
20. Oui
21. Oui
22. Oui
23. Oui
24. Oui
25. Oui
26. Non
27. Ne répond pas.
28. Oui
29. Oui
30. Oui
31. Oui
32. Oui
33. Oui

PAR EXEMPLE ?

1. Le fait de faire prendre une douche quand ils ne veulent pas.
2. Devant la famille, quand il nous est impossible de leur donner leur alimentation et qu'on sorte de la chambre sans les avoir nourris, je ressens une certaine gêne devant la famille qui s'inquiète.
3. Devant le refus d'un résident de manger, de se laver.
4. Ne répond pas.
5. Geste brutal et agressif dans la parole.

6. Ne pas pouvoir gérer une situation.
7. Devant certaines familles.
8. Agressivité dans les paroles ; toilette rapide avec des gestes brusques ; retrait de sonnette ; « oubli » de faire boire lors des repas.
9. Agressivité d'un résident
10. Impossibilité de comprendre et de se faire comprendre.
11. La fille d'une résidente.
12. Annonce décès
13. Par des paroles ou des gestes
14. Ne répond pas
15. Quand une personne parle mal à un patient, ou lève la main même sans frapper, mais juste le geste choque
16. maltraitance verbale et manque de respect par rapport à l'âge.
17. Ne répond pas.
18. Une personne qui dit à un résident : « Je ne suis pas là pour me faire emmerder par une vieille ».
19. Crier sur quelqu'un de manière méchante ; bousculer quelqu'un pour la toilette ; ne pas donner à manger à quelqu'un.
20. En étant témoin d'une maltraitance, ou en étant l'auteur.
21. Un soignant tapant un malade ou l'agiter violemment et aussi vis-à-vis des paroles (ex. : tutoiement).
22. Ne répond pas.
23. Ne répond pas.
24. Absence de réponse ; manipulation délibérément violente ; oubli délibéré de faire boire ou manger ; pressions, menaces psychologiques.
25. Faire des douches à des personnes imbougeables.
26. Ne répond pas.
27. Ne répond pas.
28. Brutalité physique et verbale.
29. Prendre conscience que cela peut être un acte grave, qui met en danger deux personnes
30. Un soignant qui frappe un résident
31. Agression verbale d'un soignant vis-à-vis d'une personne âgée fragile ne pouvant se défendre.
32. Lorsque les résidents nous agressent verbalement et physiquement
33. Lorsque vous vous faites gifler sans raison par un résident il n'est pas possible de riposter œil pour œil dent pour dent ni même de lui adresser une remontrance car bien souvent c'est un geste réflexe témoignant son insatisfaction générale et non un geste qui vous est adressé personnellement.

IL N'Y A PAS QUE LA MALTRAITANCE DES SOIGNANTS ENVERS LES RESIDENTS. POUVEZ-VOUS EN CITER D'AUTRES ?

1. Celle des résidents envers les soignants.
2. Je pense plus à la maltraitance familiale (parents/enfants, /employeur/employée familiale. Par contre, vis-à-vis des collègues ou de la hiérarchie, je penserais plus à du harcèlement ou une mauvaise entente.
3. Les résidents peuvent être maltraitants : ex. : parler mal.
4. La maltraitance est partout, visible et dure à supporter.
5. Ne répond pas.

6. Les résidents envers les soignants ; les familles contre les soignants ; les familles envers les résidents.
7. Les résidents entre eux, ou envers leurs familles.
8. Maltraitance des pensionnaires entre eux.
9. Ne répond pas
10. Le manque d'attention à l'autre et de pouvoir répondre à ses demandes à cause du stress ambiant.
11. Les familles envers nous et envers eux ; les résidents envers nous.
12. Ne répond pas
13. maltraitance des résidents et d'autres personnes envers les soignants
14. Résidents/soignants.
15. Quand un patient est très énervé, coups, griffures, tapes.
16. Soignants envers soignants ; soignants envers personne extérieure ; résidents envers soignants (plus souvent verbale que physique : le physique est plus souvent lié à une maladie).
17. Il y a maltraitance des résidents envers les soignants.
18. Il y a aussi la maltraitance des résidents envers les soignants et la maltraitance des familles envers les soignants et envers leurs proches.
19. Entre soignants ; entre résidents ; familles/soignants ; soignant/famille.
20. La maltraitance des résidents envers les soignants lorsqu'ils abusent de votre patience par exemple.
21. des aides-soignantes envers les IDE ; aucun respect suivant les personnes.
22. Résidents/résidents ; soignants/soignants ; résidents/soignants
23. Résidents/soignants ; soignants/soignants ; résidents/résidents.
24. Résidents entre eux ; famille/résident ; soignant/soignant
25. maltraitance des résidents envers les soignants ; agressivité des familles rapport aux soignants.
26. Entre collègues
27. Il y a la maltraitance des résidents envers les soignants ; il y a aussi la maltraitance entre les résidents
28. Résident face aux soignants ; soignant face aux soignants
29. Familiale, dans la vie sociale (ex. : vol à l'arraché, acte médicamenteux, etc...).
30. Résidents-soignants
31. maltraitance des résidents envers les soignants, des soignants envers les soignants, des résidents envers les résidents.
32. maltraitance résidents envers soignants ; personnel avec personnel
33. Les résidents sont très souvent maltraitants entre eux mais aussi les familles envers leurs propres parents ou d'autres résidents.

QUAND VOUS AVEZ UN DOUTE SUR UNE SITUATION DE MALTRAITANCE, QUE FAITEZ-VOUS ?

RIEN

1. Non
2. Oui
3. Ne répond pas.
4. Non
5. Ne répond pas.
6. Oui

7. Oui
8. Oui
9. Oui
10. Ne répond pas.
11. Oui
12. Non
13. Oui
14. Oui
15. Ne répond pas
16. Oui
17. Non
18. Ne répond pas.
19. Oui
20. Non
21. Non
22. Non
23. Non
24. Ne répond pas.
25. Ne répond pas.
26. Non
27. Oui
28. Oui
29. Non
30. Ne répond pas.
31. Oui
32. Non
33. Non

POURQUOI ?

1. Pour éviter que cela aille trop loin.
2. J'en discute avec mes collègues les plus proches pour ne pas se baser sur un seul jugement et ensemble nous décidons d'intervenir soit auprès de la personne maltraitée ou de la hiérarchie.
3. Ne répond pas.
4. Ne répond pas.
5. Ne répond pas.
6. Pour pas que la situation s'envenime.
7. Ne répond pas.
8. Pour arrêter immédiatement la situation, en rediscuter après un temps de pause et réflexion.
9. Ne répond pas.
10. Ne répond pas.
11. Ne répond pas.
12. Ne répond pas
13. Ne répond pas
14. J'essaie d'en parler entre collègues
15. Ne répond pas
16. Cela dépend de la situation

17. Parce qu'on ne peut tolérer la maltraitance.
18. Ne répond pas.
19. Ne répond pas.
20. J'en parle à la personne concernée
21. Suivant la situation j'en parle déjà aux collègues
22. En parler si possible pour combattre une part obscure de mutisme, la peur de dénoncer et de faire du bourreau une victime. Si petite soit-elle une démarche ne sera jamais vaine.
23. Maltraitance = malaise/mal-être (de l'agresseur), ce qui implique action/soins.
24. ça dépend
25. J'en parle avec les collègues.
26. Je le dis au médecin
27. Car comme je doute que ce soit de la maltraitance je ne peux affirmer
28. Peur de dénoncer
29. de s'interroger, de rechercher des informations qui peut s'appuyer son doute
30. Ne répond pas.
31. Un cas signalé une fois non résolu par les supérieurs
32. Ne répond pas.
33. Ne répond pas.

PARTAGER LE DOUTE AVEC DES COLLEGUES

1. Oui
2. Oui
3. Ne répond pas.
4. Ne répond pas.
5. Oui
6. Oui
7. Oui
8. Oui
9. Oui
10. Oui
11. Oui
12. Oui
13. Ne répond pas
14. Oui
15. Oui
16. Oui
17. Non
18. Oui
19. Oui
20. Non
21. Oui
22. Oui
23. Oui
24. Oui
25. Oui
26. Oui
27. Oui
28. Oui

29. Ne répond pas.
30. Oui
31. Oui, parfois
32. Oui
33. Oui

POURQUOI ?

1. Pas de réponse.
2. Cela concerne tout le service et ils savent sans doute des choses que l'autre ne connaît pas.
Juger ensemble s'il faut intervenir
3. Ne répond pas.
4. Ne répond pas.
5. Ne répond pas.
6. Pour trouver des solutions.
7. Ne répond pas.
8. Pour connaître l'avis des autres, pour recouper des situations.
9. Le dialogue nous permet de discuter de la situation, d'agir.
10. Pour essayer de comprendre et trouver quelques solutions.
11. Ne répond pas.
12. Mieux comprendre la situation
13. Ne répond pas
14. Pour une meilleure interprétation, afin d'être sûr de notre opinion
15. Etre bien sûr de ne pas se tromper, voir si les collègues ont le même point de vue.
16. Par culpabilité et trouver une solution ; pour en parler et être entendu par autrui.
17. Ne répond pas.
18. Pour s'assurer du bon fondement de son soupçon.
19. J'en parle avec mon collègue
20. Ne répond pas.
21. Pour avoir l'avis des autres et voir si mon idée était la bonne.
22. Confronter d'autres visions pour une meilleure objectivité. Chercher l'adhésion de nos
craintes pour exclure toute injustice. Recueillir des preuves.
23. Pour être sûr du fait.
24. Ne répond pas.
25. Ne répond pas.
26. Savoir ce qu'ils en pensent
27. Pour être sûre de mes impressions et pour se libérer d'un poids
28. On en parle souvent, et sentiment d'impuissance et culpabilité
29. D'en parler de ses suppositions, d'en rechercher, de connaître les causes.
30. Pour pouvoir en discuter
31. Protéger les sentiments
32. Pour savoir si les collègues sont maltraités ou réagissent aux mêmes réactions que les
résidents.
33. Deux avis valent mieux qu'un et nous travaillons en équipe

TRANSMETTRE A L'ENCADREMENT

1. Oui

2. Oui
3. Ne répond pas.
4. Oui
5. Oui
6. Oui
7. Oui
8. Non
9. Oui
10. Oui
11. Oui
12. Ne répond pas
13. Ne répond pas
14. Non
15. Oui
16. Non
17. Oui
18. Oui
19. Oui
20. Non
21. Oui
22. Oui
23. Ne répond pas.
24. Oui
25. Oui
26. Oui
27. Ne répond pas.
28. Ne répond pas.
29. Ne répond pas.
30. Oui
31. Oui, parfois
32. Oui
33. Oui

POURQUOI ?

1. Dans l'intérêt de tous.
2. Capacité à mieux gérer la situation délicate.
3. Ne répond pas.
4. Il faut en parler en groupe, c'est plus facile pour essayer de trouver une solution si cela peut se faire.
5. Ne répond pas.
6. Pour pouvoir améliorer certains cas, prévenir.
7. Ne répond pas.
8. Ne répond pas.
9. Une réaction, une situation particulière peut révéler un mal-être d'un résident, ou à A.-S.
10. Toujours en vue de trouver des solutions.
11. Ne répond pas.
12. Pour l'équipe ; pour une continuité des soins
13. Ne répond pas

14. Difficile de raconter situation et contexte exact.
15. Ne répond pas
16. pas toujours bien écouté j'ai l'impression.
17. Toujours parce qu'on ne peut tolérer la maltraitance
18. Si les soupçons sont fondés cela permet de protéger la personne concernée par la maltraitance
19. Sinon, M. de Courcel
20. J'en parle d'abord avec la collègue
21. Suivant la situation
22. Pour remédier à la situation ; que ça ne se reproduise plus ; élucider la complexité des comportements.
23. Si on ne peut régler le problème en équipe, oui.
24. Ne répond pas.
25. Médecin
26. Surtout au médecin
27. Ne répond pas.
28. Parfois mais rarement : peur des retrouvailles, peur de la suite des événements.
29. L'importance de l'équipe, d'en parler, de se renseigner.
30. Essayer de résoudre le problème.
31. Ce sont nos supérieurs
32. Pour éviter que cela se reproduise
33. Il ne faut pas rester sur un doute, tout le monde doit observer pour aboutir à une conclusion.

AUTRE REPONSE

1. Ne répond pas.
2. Ne répond pas.
3. Ne répond pas.
4. Ne répond pas.
5. Ne répond pas.
6. Ne répond pas.
7. Ne répond pas.
8. Ne répond pas.
9. Ne répond pas.
10. Ne répond pas.
11. Ne répond pas.
12. Ne répond pas
13. Ne répond pas
14. Ne répond pas
15. Ne répond pas
16. Ne répond pas
17. Ne répond pas.
18. Ne répond pas.
19. Ne répond pas.
20. Ne répond pas.
21. Ne répond pas.
22. Essayer à tout prix de rompre le silence
23. Ne répond pas.

24. Ne répond pas.
25. Ne répond pas.
26. Ne répond pas.
27. Ne répond pas.
28. Ne répond pas.
29. Ne répond pas.
30. Ne répond pas.
31. Ne répond pas.
32. Ne répond pas.
33. Ne répond pas.

POURQUOI ?

1. Ne répond pas.
2. Ne répond pas.
3. Ne répond pas.
4. Ne répond pas.
5. Ne répond pas.
6. Ne répond pas.
7. Ne répond pas.
8. Ne répond pas.
9. Ne répond pas.
10. Dans ce domaine nous sommes toujours en recherche de mieux.
11. Ne répond pas.
12. Ne répond pas
13. Ne répond pas
14. Ne répond pas
15. Ne répond pas
16. Ne répond pas
17. Ne répond pas.
18. Ne répond pas.
19. Ne répond pas.
20. Ne répond pas.
21. Ne répond pas.
22. Il existe toujours une solution. Tout préjudice doit être réparé.
23. Ne répond pas.
24. Ne répond pas.
25. Ne répond pas.
26. Ne répond pas.
27. Ne répond pas.
28. Ne répond pas.
29. Ne répond pas.
30. Ne répond pas.
31. Ne répond pas.
32. Ne répond pas.
33. Ne répond pas.

CAS CLINIQUE :

M. B. dérange M. P. Ce dernier l'agresse, le frappe et lui cause un traumatisme important. Les médecins considèrent que M. P. est totalement lucide et responsable de ses actes. Interrogé, M. P. reconnaît les faits et se déclare prêt à recommencer.

Que pensez-vous des propositions ci-dessous ? Pour chacune des propositions, mettez une croix dans la colonne correspondant à votre réponse.

	À faire obligatoirement	Bonne réponse	Réponse discutable	À ne surtout pas faire	Ne répond pas
Il suffit de réprimander M. P.	14	3	11	3	2
Il faut trouver une sanction pour M. P.	5	7	12	6	3
M. P. a contrevenu au Règlement Intérieur, il faut l'exclure.	0	0	14	14	5
M. P. a commis un délit, il faut prévenir la gendarmerie.	4	4	11	11	3
Il faut envoyer M. P. en hôpital psychiatrique pour le soigner.	1	0	12	13	7
Il faut envoyer M. P. en hôpital psychiatrique pour le punir.	2	0	1	24	6
Il faut informer la famille de M. B.	20	11	0	0	2
Il faut dédramatiser la situation, qui est banale en collectivité.	4	4	7	11	7
Il faut informer la famille de M. P.	19	7	2	0	5
Il faut isoler M. P.	1	7	12	8	5