



Maltraitance ordinaire : le quotidien des établissements de santé ?

Véronique GHADI

Préambule

« Retenez bien ceci : tout nous sépare. Vous êtes en bonne santé, nous sommes malades. Vous n'avez pas le temps, nous avons trop de temps. Personne ne peut se mettre à la place de l'autre ; en revanche nous pouvons tous faire quelque chose pour nous parler, nous comprendre. »

Objectifs

- **A partir du témoignage des patients et de leurs proches :**
 - Décrire et analyser le phénomène de maltraitance ordinaire à l'hôpital
 - Identifier les dimensions pour évaluer le respect des personnes et de leurs droits dans le cadre de la procédure de certification.
- **Etablir un diagnostic partagé sur la maltraitance ordinaire entre les professionnels et les usagers**
- **Repérer les leviers permettant de travailler cette question avec les professionnels et de promouvoir ainsi une politique concrète de promotion de la bientraitance**

Méthode

- **Terrain transversal :**
 - MCO, SSR, USLD, psychiatrie
 - Établissements publics, privés, PSPH
- **Recueil du point de vue des usagers**
 - Analyse des témoignages écrits et lettres de plainte (soixantaine)
 - Entretiens (quinzaine)
- **Recueil du point de vue des professionnels**
 - Entretiens auprès de médecins, administratifs, cadres soignants, experts... (quinzaine)
 - Recueil de documents et outils utilisés

La maltraitance selon les malades et leurs proches

- **Les types de maltraitements**
 - Liées aux comportements
 - Liées à des facteurs institutionnels
- **Les droits traceurs**
 - Information
 - Douleur
 - Dignité
- **Les situations à risques**
 - Réanimation
 - Urgences
 - Fin de vie

La maltraitance liée aux comportements

- **Des attentes fortes**

- D'accompagnement, d'écoute, de bienveillance, d'humanité, de présence et de disponibilité des professionnels.
- De reconnaissance de la personne, d'individualisation et de personnalisation des rapports

La maltraitance liée aux comportements

Un malade transparent, un malade objet

- **Quand les professionnels échangent et discutent entre eux, en présence du patient**
 - Discussions informelles devant un public non concerné.
« Pendant un des examens que l'on m'a fait, ils avaient une soirée, ils parlaient de ce qu'ils allaient boire et manger le soir, comme si je n'étais pas là. »
 - Conversations sur les conditions de travail, véritable chantier de culpabilisation du patient et de ses proches
« Hémiplégique, ma mère a pu profiter à plein de cet enthousiasme au métier de la part d'agents qu'on aurait majoritairement pu, à les entendre, croire incomparablement plus à plaindre qu'elle. »

La maltraitance liée aux comportements

Un malade transparent, un malade objet

- **Quand les professionnels n'entendent pas ce que disent les malades**
 - Disqualification de la connaissance issue de l'expérience : de l'inconfort au danger
 - « Je réclame le produit qui pourrait calmer enfin les démangeaisons. On sait mieux que moi. On me donne autre chose. De la polaramine. Je sais, par expérience que cette molécule ne marche pas sur moi. Mais je n'ai pas fait médecine. Je vis simplement dans mon corps depuis 35 ans ! »
 - Discrédit porté sur le parent, délégitimation comme un acteur de la prise en charge de leur enfant.
 - « J'ai eu à regretter que la parole de la mère parlant de son enfant pas « comme d'habitude » ne soit pas entendue ; il a fallu 36 heures pour un constat que je savais intérieurement au bout de 2h après l'accident. [...] Que mon inquiétude ne soit comprise qu'une fois le diagnostic établi et l'enfant envoyé d'urgence en hélico (36h après la chute) »

La maltraitance liée aux comportements

Violences verbales et représailles

- **Menaces et humiliation = soumission des malades**
 - Propos blessants vis-à-vis des malades / Plaintes des patients ridiculisées
 - « Le gynéco que j'ai vu m'a dit que j'avais un cancer. Il m'a dit on peut vous guérir mais il va falloir enlever le sein. Je n'étais pas contente. Il m'a dit à l'âge que vous avez ce n'est pas un problème. »
 - Humiliations subies par les patients en rapport avec le corps, l'intimité...
 - Menaces, réprimandes...
 - « Les femmes de service, elles vous virent du lit sans ménagement, [...] une autre qui m'a dit : « c'est moi qui commande ici. »

La maltraitance liée aux comportements

Culpabilisation des proches

- **La prise en charge de la personne coute cher à l'hôpital et à la société**
- **Les proches sont responsables de ce qui arrive au patient**

« En conclusion, je me suis trouvée de trop dans tous les cas. L'impression d'être une mauvaise mère et d'avoir mal fait dans tous les cas. Fautive d'être enceinte de deux enfants. Fautive de n'avoir rien fait plus tôt pour l'infection urinaire, alors que mon médecin avait diagnostiqué une rhinopharyngite avec 40° de fièvre ? »

- **Les parents n'éduquent pas correctement leurs enfants : délégitimation des parents de jeunes enfants.**
 - Mettre à distance les proches potentiellement revendicatifs et instaurer une situation de dépendance.

« Et pour toute recette ; elle me rétorque vous l'écoutez trop. Ce n'est pas comme ça que l'on doit faire avec les enfants. J'en ai eu trois. Je sais comment on fait. »
 - Imposer des décisions prises sans concertation avec la famille

La maltraitance liée aux comportements

Violences verbales et représailles

- **Représailles : entre engueulade et punition**

- Violence tendant à infantiliser le patient.

« On m'a dit aussi, car on me traitait comme une gosse qu'on ne respecte pas – et c'est très étonnant quand on est une adulte respectée « si on n'est pas content de l'hôpital, on va décevoir le grand docteur ». J'ai souvenir d'avoir été menacée, toujours pour la même raison, dire que tout va pour le mieux dans le meilleur des mondes »

- La punition de la sonnette

« Sa sonnette est restée en panne une semaine puis quand elle a été réparée, elle a été mise à distance. »

- Les proches sont souvent la cible affirmée de mesures de représailles

Un jour il y a eu une altercation verbale entre ma femme et une infirmière. L'infirmière est venue dire à mon fils : « j'attends que ta mère vienne faire ses excuses » alors que mon gamin était cloué au lit. »

La maltraitance liée à des facteurs institutionnels

- **L'accueil de la personne hospitalisée et de ses proches / disponibilité**
 - Accueils ratés, souvenirs souvent douloureux... très froids...

« L'arrivée se fait de façon neutre. Une hôtesse de l'accueil sort de son repaire et vient auprès du brancard où gît Mme X. Le sourire est en vacances. 1ère formalité bien sûr, présenter la carte Vitale. [...] Fini pour cette étape. Un geste de main désigne l'ascenseur au brancardier, l'hôtesse lui annonce le N° de chambre et se retire derrière son comptoir. »

Les facteurs institutionnels

Quand le rythme de l'hôpital est imposé aux malades

- **Des professionnels acteurs et victimes du fonctionnement hospitalier**
 - Manque de disponibilité des professionnels happés par leur fonctionnement collectif
 - Dimension quantitative / dimension qualitative de la disponibilité
 - « *Ce qui manque le plus au personnel soignant, c'est du temps, du temps pour communiquer avec le patient qu'il suit : trois minutes pour s'asseoir sur le bord de son lit, tenir la main de celui qui est agité, parler avec celui qui a tant envie de s'exprimer sur sa souffrance.*

Les facteurs institutionnels

Quand le rythme de l'hôpital est imposé aux malades

- **Rythme des soins imposé**
 - Injonction faite aux malades d'être à la disposition permanente des professionnels, même la nuit
 - Cristallisation sur les enfants : la succession de soins et d'examens peut être une agression directe,
 - Contradiction avec la qualité des soins et de la prise en charge
 - « Pour la plupart des infirmières, c'est Versailles à quatre heures du matin. Plein feux. On réveille tout le monde. Et que ça saute. Après tout, elles sont bien debout elles. »

Les facteurs institutionnels

Des journées rythmées par le bruit

- **Agresse les personnes malades : marque un désintéret pour autrui, voire une attitude méprisante.**
- **Consacre le pouvoir des professionnels:**
- **Marque artificielle de la vie : un pied de nez aux malades.**

« Je suis irritée. Du fait du bruit notamment : l'impression de dormir dans la rue. [...] Des malades, fatigués, encore plus fatigués d'être là entre le bruit de la rue qui remonte et les portes des chambres jamais refermées, les cris, les rires dans les couloirs. Au secours ! »

Les facteurs institutionnels

Quand l'hôpital dysfonctionne

- **Le mythe cultivé des délais d'attente**
- « Je vous signale que pour avoir une entrevue de deux minutes (entre deux portes) mon fils l'a attendu [le médecin] trois heures.
- **L'attente dans le rendu des résultats ou les décisions thérapeutiques ou diagnostiques.**
- **les changements non anticipés dans le programme de la prise en charge = mise à distance des proches**
- « Mercredi après-midi quand une de mes sœurs est venue voir Maman (91 ans) dans sa chambre, elle n'y était plus et le service d'orthopédie ne nous a même pas téléphoné mercredi matin pour nous avertir de son transfert à Ri. Sans le faire à minuit, comme l'a dit l'infirmière, le minimum était d'avertir la famille mercredi matin afin que ma sœur ou moi vienne. Maman étant déjà désorientée, mercredi cela n'a fait qu'empirer. »
- **Perte de contrôle sur ce qui arrive**

La maltraitance liée à des facteurs institutionnels

- **Organisation de la sortie : retour à domicile ou passage dans une autre structure**
 - Certains ne se sentent pas prêts → non entendable pour les professionnels,
 - Mobilisation de la question du financement, soupçon systématique sur un abus potentiel de la sécurité sociale,
 - Décisions prises uniquement sur des arguments économiques
 - Quand l'organisation de la sortie dysfonctionne
 - une assistante sociale me dit : « vous savez vous allez pouvoir rentrer chez vous. Vous avez quelqu'un chez vous ? Je lui dis : « Oh ! Vous savez Madame, regardez dans quel état je suis'. Je ne tenais pas debout « Je n'ai personne, je n'ai plus de famille, je suis toute seule, j'ai quelques amis, très bons amis, j'en ai trois très bons, après j'ai des relations, mais qui ont leur vie. ils ne peuvent pas venir chez moi en permanence. » « Ah bon ! C'est que vous savez, vous coûtez cher à la sécurité sociale ! »*
- **Absence de réponse ou réponse inadaptée aux courriers de doléance**

Des droits traceurs



Le droit à l'information

La prise en charge de la douleur

Le respect de la dignité

Le droit à l'information – Le défaut d'information

- **Être ballottés d'un professionnel à un autre**
- **Risque de susciter de l'agacement, de l'agressivité de la part des professionnels/conflits latents.**
- **Source de souffrance psychique pour le patient et son entourage : confisque la possibilité de reprendre le contrôle de leur vie.**
- **Situation particulière : les enfant ou jeunes adultes, la psychiatrie, l'absence de consentement, le camouflage de la survenue d'un événement indésirable**

« les non-médecins renvoient toujours au prescripteur et le prescripteur à l'intendance. [...].Finalement mon information résultait largement de quêtes dispersées, d'observations, de suppositions et de recoupements - au total d'une errance chronophage et chaotique. »

Le droit à l'information

les conditions de délivrance

- **Violence faite aux patients et à leurs proches.**
- **Effet totalement destructeur sur la personne ou au contraire perspective réparatrice qui va permettre à la personne de reprendre le contrôle de sa vie.**
- **Réaffirmer brutalement leur pouvoir : par les mots employés ou les conditions matérielles**
- **Expression d'un certain mépris social, mépris intellectuel ressenti durement par les personnes qui en sont victimes.**

Il nous parle de la greffe, de ses dangers, sans peser ses mots. Il fonce droit devant. Il faut savoir que c'est une opération dangereuse, très dangereuse, avec risque d'embolie gazeuse, de septicémie générale, de thrombose veineuse, de greffon qui ne fonctionne pas. Il ne nous épargne pas les détails. A chaque mot, j'accuse le coup.

Le droit à l'information : l'autonomie du patient

- **Une absence de perception de la part des professionnels**
 - Conflit entre l'autonomie fonctionnelle et l'autonomie dans les choix de vie

La prise en charge de la douleur : entre maltraitance physique et maltraitance psychologique

- **Négation de la plainte et non prise en charge de la douleur.**
 - Absence de prise en charge souvent par négligence
 - Douleur minimisée, voire ridiculisée → maltraitance physique et psychologique
 - Négation de la parole de celui qui se plaint, négation de l'expertise du malade
 - Mobilisation du « côté psy »

« Pour mon appendicite, il y avait une infirmière, elle était dure. Elle me disait : « oh là là, non mais, elle m'en fait un cinéma pour une appendicite ». [...] J'avais mal et j'étais quand même âgée, elle ne pouvait pas admettre. J'avais des agrafes, et recousue dedans, elle ne pouvait pas admettre que j'avais mal.

La prise en charge de la douleur : entre maltraitance physique et maltraitance psychologique

- **Entre soins et violence infligée**
 - Imposer des gestes invasifs sans préparation préalable, sans explication, voire même avec une véritable brutalité.
 - Les enfants : une population cible
 - On impose à l'enfant des décisions comme on le fait au quotidien ;
 - Il est plus facilement maîtrisable physiquement ;
 - Il est moins crédible.
 - La place laissée ou négociée du parent
 - La réalisation de certains gestes plutôt invasifs commande l'exclusion des parents, avec un effet contraire
 - Quelle participation, quel recueil du consentement des parents ?

Le respect de la dignité

L'atteinte à l'intimité et à la confidentialité

- **Publicisation de la vie privée, l'histoire de sa maladie, secret professionnel,**
 - **Atteinte à l'intimité corporelle.**
 - Exposition de la nudité prolongée ou non justifiée
 - Absence de tact des professionnels : sentiment d'humiliation
- « Quand je suis arrivée en juin, il n'y avait pas de rideau à ma chambre et je peux vous dire que c'est dur, quand vous êtes nue sur un lit, branché dans un bâtiment en L. j'ai du me bagarrer pendant 10 jours pour que la surveillante générale vienne et que je puisse avoir mon rideau. »

Le respect de la dignité

L'hygiène corporelle, hygiène de la chambre et traitement dégradant.

- **Hygiène de la chambre**
- **Recueil des selles et des urines**
 - Demandes non satisfaites
 - Couches imposées
 - Bassin sale
 - Remarques déplacées, voire...

« Elle voulait me faire faire pipi dans un pistolet d'homme, vous imaginez si c'est facile... couchée avec un pistolet. Alors elle m'a engueulée parce que j'avais fait pipi et que ça avait débordé à côté » (témoignage d'une femme)

La maltraitance liée à certains contextes de soins : des situations à risques

- **Plus une situation implique une dépendance de la personne et de ses proches par rapport à l'hôpital et plus le risque de maltraitance est grand.**
 - Situations où les personnes sont entravées physiquement, dans l'impossibilité de se déplacer, Exemple : la réanimation
 - Situations anxiogènes, dépendance psychologique, isolement social. Exemple : les urgences
 - Situations de rupture de la logique de soins curatifs, c'est-à-dire les périodes de fin de vie, ou les situations d'évènements indésirables (erreur, infection nosocomiales...).

La réanimation

- **L'expérience de la réanimation par les malades**
- **La place des proches en réanimation**
 - Rejet brutal à un moment où les proches sont dans la crainte de perdre un des leurs.
 - Incompréhension forte quand les familles ont une expérience plus libre dans des services pourtant tout aussi complexe
 - Conflits violents et ouverts
 - Règles différentes suivant les services ou les établissements.

Les urgences

- **Accueil souvent plus administratif qu'humain**
- **Des délais d'attentes à rallonge**
- **Un règlement qui s'impose sans tenir compte des personnes elles-mêmes et sans possibilité d'adaptation,**
- **Le sort réservé au proche est le même qu'en réanimation, c'est-à-dire la mise à distance.**
- **Le séjour aux urgences en apesanteur par rapport au rythme de la vie : les besoins primaires ne sont pas pris en compte : la faim, la soif, le besoin d'aller aux toilettes...**

Le reproche fait aux urgences, ce n'est pas tant l'attente qui est acquise a priori, mais le fait que le patient et ses proches ne peuvent rien anticiper, pouvant avoir l'impression qu'on les a oubliés.

La fin de vie : La gestion de la fin de vie et l'annonce de la mort prochaine

- **Comment se fait l'annonce de la mort prochaine ?**
 - Des proches non avertis ou avertis trop tard, qui « ratent » la mort de leur proche.
 - Des annonces maladroitement voir brutales sur la mort prochaine du malade
 - Des stratégies multiples d'évitement ... jusqu'au transfert des patients en fin de vie, dans d'autres services

La fin de vie : La gestion de la fin de vie et l'annonce de la mort prochaine

- **Dans quelles conditions se gère la fin de vie ?**
 - les patients dans l'incapacité de protester → dérives possibles
 - Les proches déstabilisés en difficulté pour imposer leur point de vue
 - Les professionnels en situation de malaise → comportements inadaptés
 - Conditions dégradées :
 - Atteinte à l'intimité et humiliation de la personne
 - Mauvaise organisation de l'offre de soins

La fin de vie : La gestion de la fin de vie et l'annonce de la mort prochaine

- **Pouvoir accompagner son proche en fin de vie**
 - Pallier l'insuffisance d'un accompagnement moral
 - Exclusion inacceptable des proches
 - Demande d'une présence plus intense voire continue :
 - Sur les dernières heures, à savoir la phase agonique,
 - Mais aussi lors de la phase précédente quand la communication est encore possible

La fin de vie : la gestion de la mort et du deuil

- **Nouvelle violence faite à la famille.**
 - Faire disparaître au plus vite toutes traces de la personne décédée
 - Accueil froid des familles, vocabulaire technique, règlement incompréhensible
- **Les condoléances : une marque de respect souvent oubliée**
- **La période post mortem : un condensé de droits à respecter et de sources possibles de maltraitance**
 - l'accueil, les mots employés, la décence des lieux, le maniement du corps, le respect des croyances religieuses...

Ce que cela suscite chez les professionnels

- **Une thématique qui ne laisse pas indifférent**
- **Une absence de contestation du phénomène**

Une perception commune de certaines dimensions de la maltraitance

- **La maltraitance physique**
- **La banalisation de la maltraitance**
 - Difficile à dénoncer, insidieuse, systémique
 - Cercle vicieux : dans un service maltraitant, seuls ceux qui l'acceptent, restent.
- **Les défaillances subies par les malades et leurs proches**
 - Manque de préparation des patients et de leurs proches, manque d'anticipation

Spécificité du point de vue des professionnels

- **Une perception des professionnels ciblés sur les personnes âgées**
- **Des professionnels globalement conscients des risques de maltraitance**
 - Très sensibles aux situations les plus explicites, celles qui ont été déjà largement dénoncées
 - Mais ils ne repèrent pas comme maltraitant des situations d'atteintes à l'intégrité et aux droits des patients constitutives de son statut de sujet

Les facteurs explicatifs avancés par les professionnels

- **La souffrance des professionnels**
- **Des conditions de travail de plus en plus difficiles**
- **Un encadrement parfois défaillant**
- **Une organisation souvent trop rigide**

Les perspectives

- **Inscrire ces résultats dans la certification**
 - Adaptation de certains critères, comme celui sur la dignité...
 - Introduction du critère 10a : prévention de la maltraitance – promotion de la bientraitance
 - Résultats minimales
- **Nécessité d'un portage, d'un outillage**
 - Travaux avec la Forap
- **Travaux sur qualité de vie au travail**
- **Nécessité de développer les approches centrées sur le patient dans le cadre de la certification**