

management

# Prévenir la maltraitance hospitalière et les dérives dans le soin

■ Comment prévenir et limiter la maltraitance hospitalière et les dérives dans le soin ?  
 ■ La communication, le management des équipes paramédicales, un dispositif de sanction et d'accompagnement, le soutien de l'encadrement sont autant de stratégies à mettre en place ■ Des temps de réflexion pour les équipes paramédicales et une forte implication des directions des soins et des directions médicales sont également indispensables à tout dispositif de prévention dans ce domaine.

GENEVIÈVE MARCHALOT

## MOTS CLÉS

- Démarche qualité
- Dérives dans le soin
- Équipe soignante
- Évaluation des pratiques professionnelles
- Exercice professionnel
- Hôpital
- Isolement
- Maltraitance
- Management
- Personne âgée
- Prévention
- Relations soignants/soignés
- Réunion clinique

Longtemps sujet interdit, le problème de la maltraitance à l'hôpital et des dérives dans le soin devient aujourd'hui une préoccupation affichée des soignants<sup>1</sup>. Toutefois, lorsque l'on aborde ce sujet, il est important de rappeler que la majorité des personnes observent un comportement conforme aux règles professionnelles et à l'éthique.

Quelles sont les origines possibles de dérives de l'exercice professionnel et quelles actions mettre en œuvre pour les prévenir et les limiter ?

## DES CAUSES MULTIPLES AUX DÉRIVES DANS LE SOIN

La maltraitance intentionnelle et les dérives non intentionnelles ont des origines multiples.

### LA MALTRAITANCE INTENTIONNELLE

La maltraitance intentionnelle existe. Mais elle est le fait, soit d'un nombre limité de professionnels dont le comportement est manifestement pathologique et auxquels une prise en charge spécialisée doit être proposée, soit de personnes à la fonction desquelles la communauté hospitalière doit savoir mettre fin. Pour ces dernières, il s'avère parfois difficile de réunir les éléments de preuve constitutifs d'un dossier. L'erreur serait de banaliser les plaintes et de ne pas les traiter avec sérieux. Il n'y a pas toujours de témoins et, dans le cas contraire, personne ne doit déroger à son devoir d'assistance : celui qui a vu doit alerter !

### LES DÉRIVES NON INTENTIONNELLES

Les dérives non intentionnelles sont les plus nombreuses. Pour autant, leurs conséquences pour les

malades peuvent être désastreuses et conduire le professionnel malvenant devant un conseil de discipline, voire en justice, ou avoir un retentissement plus ou moins fort sur sa carrière.

Quelques notions simples sont utiles aux soignants et doivent permettre d'aiguiser leur vigilance. Le malade hospitalisé, notamment en gérontologie, coupé de son entourage social, est vulnérable pour de multiples raisons.

■ **L'institutionnalisation et les contraintes d'une vie en collectivité** où la promiscuité est quelquefois synonyme de perte d'intimité. Les établissements hospitaliers doivent aujourd'hui répondre à des normes strictes, notamment en matière de sécurité incendie. Les chambres des personnes hospitalisées en soins de longue durée, autrefois souvent très encombrées mais personnalisées, ressemblent à présent davantage à un hôpital qu'à un lieu de vie. Il est important de régulièrement rappeler aux équipes que les souvenirs de vie du malade âgé sont souvent contenus dans le seul tiroir de sa table de nuit. On peut donc aisément supposer et comprendre la détresse de certains malades, d'autant plus lorsque la perte de leurs repères est renforcée par l'abandon de tout ce qui témoigne de leur vie antérieure (maison, objets, habitudes, animaux...).

■ **L'isolement lié à l'éloignement géographique des proches**, voire à leur disparition, et la grande solitude dont souffrent la plupart des personnes âgées. Admettre que l'éloignement des proches explique certaines dérives n'est pas simple. Pour autant, force est de constater l'impact positif qu'a eu en son temps l'intégration des familles dans les services de pédiatrie. Le regard de l'autre nous fait réfléchir... Mais chaque secteur hospitalier peut être un lieu de maltraitance et de dérive, cela s'ex-

prime différemment.

■ **Les relations familiales entre les équipes et les personnes institutionnalisées.** L'affectivité mérite toute notre attention. Ce n'est pas faire insulte aux soignants que d'affirmer qu'ils ont un affect très développé : heureusement que celui-ci existe dans notre milieu, car c'est de lui que nous tirons la force qui nous permet d'être au service d'autrui. En revanche, le professionnalisme de chacun doit permettre de maintenir les barrières sociales. Dans le cas contraire, le risque est de voir se développer une familiarité propice aux dérapages verbaux, aux décisions thérapeutiques non concertées et aux comportements inadaptés. La personne n'est plus reconnue comme citoyenne, mais comme un membre de la famille qui aurait perdu le respect de ses proches, donc sa dignité.

■ **La peur.** L'hôpital est un lieu où la peur est omniprésente, diffuse, pas toujours exprimée mais pourtant bien réelle : peur de souffrir, de mourir. L'agressivité d'un malade peut être l'expression de cette peur. Un soin mal compris, non expliqué, ou plus simplement le fait d'entrer dans la chambre, peut déclencher une réaction agressive. Si l'agressivité n'est pas entendue, elle peut être destructrice pour le malade qui se renferme alors sur lui-même et pour le lien soignant/soigné, base de toute démarche thérapeutique. La situation peut devenir violente et la réponse maltraitante.

■ **L'effritement de la solidarité des équipes.** Le personnel hospitalier n'échappe pas aux évolutions de la société et nous pouvons constater une baisse de solidarité des équipes. Ce manque se ressent non seulement dans le travail et l'entraide – hier spontanée, elle doit aujourd'hui être régulièrement sollicitée –, mais aussi dans les difficultés de négociation pour l'attribution des congés et des repos. Néanmoins, gardons-nous de généraliser ce propos qui deviendrait alors blessant pour ceux qui conservent l'esprit d'équipe, et précisons que ce dernier n'est corrélé ni à l'âge ni à l'ancienneté.

## QUELLES STRATÉGIES D'ACTION ?

Tout d'abord, il est primordial de reconnaître l'existence de dérives non intentionnelles et de ne jamais les banaliser. Sans pour autant culpabiliser les équipes, il faut rechercher avec elles les moyens d'y remédier.

### COMMUNIQUER

Nous devons particulièrement veiller à la qualité des informations transmises au malade ou à ses proches. Bien souvent, elles sont distillées parci-

monieusement et quelquefois encore trop dans un vocabulaire hermétique et médical. Pourtant, un malade et sa famille, qui comprennent bien la prise en charge thérapeutique, les risques encourus et les bénéfices attendus, se sentent entendus et reconnus. Lorsque le discours collectif est commun et adapté, le nombre de plaintes et de réclamations diminue.

### MANAGER LES ÉQUIPES PARAMÉDICALES

Le management des équipes paramédicales est déterminant dans la prévention des dérives dans le soin. La réflexion, animée par l'encadrement dont c'est une des responsabilités majeures, doit pouvoir s'engager autour de trois points essentiels.

■ **L'organisation du travail.** En effet, plusieurs questions se posent : l'organisation des soins est-elle en corrélation avec les attentes des malades institutionnalisés ? Respecte-t-elle leur rythme ou bien est-elle centrée sur les besoins, les automatismes et la routine des équipes ?

Par ailleurs, cette organisation est-elle facile pour l'exercice professionnel ? Prend-t-elle en compte une juste répartition de la charge de travail ?

■ **L'aménagement des locaux et le choix des équipements.** En apportant confort et sécurité, ces éléments extérieurs contribuent à adoucir le séjour des patients. Cependant, s'ils ne sont pas suffisamment pris en compte, ils peuvent aggraver leur mal-être et altérer leur capacité à accepter la vie collective.

■ **L'insuffisance professionnelle,** principale source de maltraitances ou de dérives non intentionnelles. Des connaissances incomplètes ou devenues obsolètes et une absence de formation continue peuvent être redoutables dans leurs conséquences. La responsabilité de l'encadrement est de veiller au maintien et au développement du professionnalisme de l'équipe. Il lui appartient aussi de veiller à la reconnaissance ponctuelle des limites de l'exercice en fonction des moyens possibles. En revanche, une organisation des soins et des activités, réfléchie en concertation avec les équipes médicales et paramédicales, peut devenir apprenante et positive pour les différents membres de l'équipe.

■ **Ainsi, trois procédés** peuvent être mobilisés par l'encadrement.

• **La réunion clinique** est un moyen efficace de mise en pratique collective de la démarche de soins en traitant la situation d'une personne ou d'un groupe de personnes soignées. Elle permet, par les échanges professionnels et à partir d'une prise en charge spécifique ou d'un acte de soin, ►

► une évaluation collective des pratiques ou des comportements. C'est un outil de communication, de concertation, de réflexion au service de la qualité des soins et de la sécurité de l'exercice professionnel. C'est avant tout un temps partagé où le soignant doit pouvoir, en toute confiance et dans le respect de la déontologie, exprimer ses doutes et ses craintes. C'est un véritable moment de formation-action. La réunion clinique valorise et développe les compétences de chacun. C'est un lieu où l'expertise des uns peut être reconnue et partagée. Elle contribue efficacement au tutorat des nouveaux professionnels et des stagiaires. Les résultats attendus sont un plan de soins formalisé, corrigé et actualisé dans le dossier du patient, et une remise en question des comportements et de l'organisation de l'équipe. La réunion clinique permet également de réenvisager les modalités opératoires de l'équipe qui se retrouvent confortées par l'analyse collective réalisée.

• **L'organisation du travail en binôme infirmier/aide-soignant** est un autre procédé qui peut être mobilisé. Mais elle est souvent mal comprise. Travailler en binôme ne signifie pas "faire à deux" mais travailler ensemble à la conception et à la mise en œuvre d'une démarche de soins au bénéfice d'un ou de plusieurs malades (une aide-soignante en réanimation travaille en binôme avec deux ou trois infirmières et, à l'inverse, une infir-

mière en gérontologie travaille en binôme avec deux ou trois aides-soignantes).

Concevoir le travail en associant les approches infirmière et aide-soignante renforce le lien soignant/soigné qui repose ainsi sur une meilleure connaissance et une meilleure perception du malade. Les informations recueillies par les unes et les autres sont complémentaires. Le discours est commun, structuré, et la traçabilité des observations et des actes améliorée. Renforcées par la tenue de réunions cliniques, la démarche et les actions sont centrées sur les besoins des malades. Enfin, pour l'équipe, ce travail en binôme présente également des avantages certains : la réflexion partagée est plus riche et assurée, et l'exercice s'en retrouve conforté. De la même façon, on peut également concevoir le binôme médecin/infirmier.

• **L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)**. La politique proposée par la Haute autorité de santé (HAS), en instituant l'évaluation formative, est un processus dynamique qui vient renforcer les deux procédés décrits précédemment. Lors de leur certification, les établissements présentent les différentes évaluations réalisées entre les visites de l'HAS et espérons que dans l'avenir la pratique quotidienne intègre totalement cette démarche. Les protocoles élaborés au regard de l'*evidence based nursing* (EBN), c'est-à-dire à partir de connaissances et de références scientifiques avérées, sont

autant de guides de bonnes pratiques.

Pour autant, les directions des soins et les présidents des commissions médicales d'établissement (CME) doivent redouter que les équipes, soucieuses de répondre aux normes dictées par les protocoles, en oublient le sens de leurs actes, qui s'adressent à un malade unique. La recherche de l'équilibre nécessaire entre le respect de bonnes pratiques et la prise en charge globale personnalisée du malade est quelquefois complexe et difficile. Les équipes ont souvent le sentiment d'effectuer une course à

**La réunion clinique** permet, par les échanges professionnels et à partir d'une prise en charge spécifique ou d'un acte de soin, une évaluation collective des pratiques ou des comportements.

image disponible  
sur la version papier

l'acte et risquent ainsi de perdre le sens de leurs actions. C'est une crainte souvent exprimée avec beaucoup d'amertume et qui peut contribuer à l'épuisement professionnel. Un autre risque est de voir apparaître de véritables "usines à gaz", aux résultats non moins désastreux... Le pragmatisme fait parfois défaut, alors qu'il est surtout nécessaire de redonner du sens aux pratiques quotidiennes.

#### SANCTIONNER ET ACCOMPAGNER LES SOIGNANTS

Toute démarche qualité ne fonctionne qu'avec un dispositif de sanction, positive ou négative. Même non intentionnelles, les maltraitances doivent donc être sanctionnées. Ainsi, tout manquement mérite une sanction graduée non seulement en fonction de l'erreur, de l'omission ou de la faute, mais aussi et surtout en fonction du niveau de conscience, par le professionnel, de sa dérive et de son analyse. Mais la tâche des responsables médecins ou paramédicaux ne s'arrête pas là et doit se poursuivre par des mesures d'accompagnement dans l'atteinte d'objectifs préalablement fixés. Un encadrement crédible est celui qui sait apprécier justement la qualité du travail de celui qui est placé sous sa responsabilité. C'est aussi la mission de l'Ordre des médecins de veiller au bon respect de la règle ; ce sera également celle de l'Ordre des infirmiers et de celui des kinésithérapeutes.

#### RAPPELER À L'ORDRE LES MALADES OU LEURS FAMILLES SI BESOIN

Les soignants sont quelquefois victimes d'agressions et d'incivilités de la part des malades et de leurs proches. Si dans leur ensemble, la plupart des soignants comprennent bien que l'angoisse des uns et des autres peut générer un énervement mal contrôlé, en dehors des manifestations liées à la maladie, ils ne doivent pas subir pour autant certains propos (insultes, propos racistes...). Dans ce cas, le rappel à l'ordre est légitime. Parfois, le recours à un soutien psychologique et/ou à l'assistance juridique s'avère nécessaire.

#### SOUTENIR L'ENCADREMENT

Les équipes soignantes attendent un discours clair, précis et, avant tout, une équité sans faille de la part de leur encadrement. Mais celui-ci connaît lui

aussi des difficultés ! Le vocabulaire de l'entreprise est entré dans l'hôpital. Chacun comprend bien la nécessité de gérer avec sérieux les deniers publics et l'objectif consistant à répondre aux besoins de santé de la population. Mais la recherche de rentabilité devient trop souvent le seul véritable message délivré au détriment du sens des actions réalisées. L'encadrement subit une pression quotidienne qui peut se répercuter sur les équipes et aggraver le sentiment de malaise constaté assez souvent. La plainte n'arrange rien, bien au contraire ! L'encadrement, qu'il soit médical ou paramédical, doit être soutenu et accompagné afin de pouvoir garder le cap sur l'essentiel du métier et redonner du sens aux pratiques de soins. Aujourd'hui, l'encadrement intermédiaire ne se sent pas reconnu, d'ailleurs il n'apparaît nulle part dans les multiples rapports relatifs à la vie hospitalière, alors que sa contribution est pourtant bien réelle. La réflexion éthique existe aussi dans le management. Elle permet d'éviter le sentiment d'injustice fréquemment ressenti par les équipes.

#### CONCLUSION

Une véritable politique de prévention des maltraitances et des dérives dans le soin doit être mise en place dans l'ensemble des établissements de santé. De même, une politique sociale équitable doit être mise en œuvre. Cela demande une implication forte des directions des soins et des directions médicales qui doivent veiller au respect des valeurs et des règles professionnelles. Cela nécessite aussi de prévoir des temps consacrés à la réflexion dans l'organisation du travail. À l'hôpital, on ne peut pas être uniquement dans l'action. Si les médecins ne sauraient aujourd'hui se passer de leurs staffs, il en est de même pour les paramédicaux.

En outre, afficher une politique de prévention des maltraitances et des dérives à l'hôpital donne une visibilité de la démarche qualité vis-à-vis des usagers et permet d'instaurer un climat de travail propice à l'épanouissement professionnel. Chacun est reconnu dans sa responsabilité, ses compétences et dans sa capacité d'initiative. L'équipe qui s'interroge sur ses pratiques affirme de fait son professionnalisme. ■

#### NOTE

1. Ce terme regroupe ici les paramédicaux et les médecins.

#### L'AUTEUR

**Geneviève Marchalot**,  
directrice des soins,  
Hôpital Paul Brousse,  
(AP-HP), Paris (75)  
genevieve.marchalot@sap.  
aphp.fr