



SOEURS
HOSPITALIERES
du Sacré-Coeur de Jésus

10^{ème} SESSION DE LA PASTORALE DE LA SANTE
27 et 28 septembre 2006

« *Violence et Maltraitance* »



**MAISON DE RETRAITE SAINT JEAN DE DIEU
SAINT BARTHELEMY**

MARSEILLE

Ouverture de la session par M. Bernard BIDAN

Directeur, chargé de missions

Bonjour à vous tous,

Avant de donner la parole à Sœur Rose ONTANILLA, 1^{ère} Conseillère Provinciale, des Soeurs Hospitalières du Sacré-Cœur de Jésus, représentant Sœur Marie-Purification GONI, Supérieure Provinciale empêchée, à Frère Aloïs MICHEL, notre Supérieur Provincial de l'Ordre Hospitalier des Frères de Saint Jean de Dieu, à M. Olivier QUENETTE, Directeur de cette maison qui nous accueille, et comme nous en avons l'habitude, je vous propose un temps de prière ensemble pour ouvrir cette session.

Accueil par Sœur Rose ONTANILLA, 1^{ère} Conseillère Provinciale des Sœurs Hospitalières.

En tant que première Conseillère de la Province de France des Sœurs Hospitalières du Sacré-Cœur de Jésus, j'ai été chargée de remplacer notre Supérieure Provinciale qui, en raison de ses obligations, n'a pu se libérer pour participer à cette session sur **la Violence et la Maltraitance**. Je suis heureuse de l'occasion qui m'est offerte de vous saluer au nom des Sœurs Hospitalières et des collaborateurs de nos Centres en France. Merci d'avoir répondu aussi nombreux à notre invitation. Ce temps nous permettra de mieux nous connaître et de partager nos expériences.

Tous, frères, sœurs et collaborateurs, nous sommes réunis autour d'une valeur commune : l'HOSPITALITÉ. L'accueil et l'accompagnement de la personne qui souffre constituent notre préoccupation essentielle. Le thème de la session : **Violence et Maltraitance** est au cœur de notre mission, car le respect de la personne malade ou ayant un handicap est essentiel. C'est dans nos Centres que nous réalisons notre mission en conjuguant une attitude chrétienne de l'hospitalité avec les progrès scientifiques pour le bien-être des personnes qui nous sont confiées.

L'hospitalité est la valeur qui définit le mieux l'identité et le style de la Congrégation. Elle s'exprime à travers l'accueil et l'ouverture aux personnes accueillies et se concrétise par l'écoute, la compréhension et la création d'un climat accueillant pour ceux qui viennent dans nos Centres. L'hospitalité conçue de la sorte devient une valeur humaine et une vertu qui se vit à son tour dans l'Eglise comme la manifestation la plus authentique de la charité.

C'est au nom de l'hospitalité que nous nous interrogeons sur nos pratiques et en l'occurrence sur la violence et la maltraitance, car nous sommes des êtres humains... Nous avons le devoir de protéger les personnes que nous soignons. Le Père Benoît Menni, témoin de l'hospitalité, nous rappelle que les personnes malades ou ayant un handicap pourront se comporter comme des enfants, mais que nous devons les traiter comme des adultes.

Ces rencontres sont pour nous une occasion de resserrer les liens. Je remercie les organisateurs et les intervenants, et vous souhaite une bonne session !

Accueil par Frère Aloïs MICHEL, Supérieur Provincial.

C'est avec infiniment de joie et de satisfaction que j'ouvre cette nouvelle session de la Pastorale de la Santé organisée en partenariat avec les Sœurs Hospitalières du Sacré Cœur de Jésus. C'est un réel plaisir de vous accueillir dans cette belle maison de St Barthélemy à Marseille et je vous souhaite à toutes et à tous une fraternelle bienvenue.

Vous êtes chaque année de plus en plus nombreux à venir partager, échanger, réfléchir ensemble sur des thèmes importants de la vie hospitalière, afin d'enrichir nos convictions et nos expériences.

La réussite de nos sessions vient en grande partie de la qualité des intervenants, mais également du travail obstiné de Monsieur BIDAN pour sensibiliser toujours plus les responsables des Etablissements et des Communautés dans l'organisation de ces journées.

Ces moments privilégiés, pour nous tous, sont fort importants, car ils nous offrent l'occasion de renforcer nos liens et d'incarner le style de vie et le charisme de nos fondateurs : St Jean de Dieu et St Benoît Menni

dans la **prise en charge globale** de la personne accueillie, la défense de ses droits et la promotion de la vie humaine. L'esprit de nos fondateurs doit rester vivant dans nos établissements et il se déploie à travers nous, professionnels de la Santé, dans nos gestes d'hospitalité et de compassion envers la personne qui souffre, centre de toutes nos préoccupations.

Nous devons nous investir, personnellement, dans la connaissance et la transmission des valeurs humaines, chrétiennes et hospitalières qui sont les nôtres, pour développer notre philosophie hospitalière en vue de sensibiliser la société, à l'accueil des personnes atteintes par la maladie mentale, le handicap ou par la marginalisation.

Nouvelles ou informations

Je profite de l'occasion qui m'est donnée ce matin, et sans empiéter sur le temps réservé aux intervenants et aux travaux de groupes, pour vous donner quelques informations brèves, mais importantes, concernant la vie de la Province :

1 - La date ou période du prochain Chapitre,
(non encore fixée)

**2 - Quelques mouvements de personnels, ayant des postes à responsabilité :
à la Curie Provinciale :**

les départs à la retraite :

- de Mme Myriam LABOLLE, le 30 septembre 2006
- et de M. Bernard BIDAN, le 31 décembre 2006.

l'arrivée :

de M. Dominique SOUPE, en tant que responsable de la communication.

Et de Madame Edith REIG, comptable, en remplacement de Mme LABOLLE.

Au Centre Saint Jean de Dieu de la rue Lecourbe

L'arrivée de M. Frédéric TOUBOUL, en tant que Directeur Administratif et Financier, présent ce matin parmi nous.

Au Centre Hospitalier Saint Jean de Dieu de DINAN

- le départ de M. Joël LE COAT, directeur de l' Hôpital de Dinan le 31 Août 2006.

- Son remplacement, le 1^{er} septembre par M. Pascal CONAN, arrivé il y a un an maintenant en tant que Directeur-Adjoint .

- L'arrivée de Madame Karine BIDAN, en tant qu'Attachée de Direction, chargée de la Communication, des Relations avec les Usagers et des Affaires Générales de l' Hôpital, présente ce matin parmi nous.

A celle et ceux qui partent, et en votre nom, je leur dis merci, pour le travail accompli. Ils ont toujours été, des Collaborateurs, fidèles, sur qui nous pouvions compter, des Acteurs du changement, toujours prêts à faire plus, pour l'amélioration de la qualité des prises en charge des malades qui nous sont confiés, Notre Seule raison d'Être. Je leur souhaite bon vent, pour un autre ailleurs.

A celles et ceux qui arrivent, je leur souhaite la bienvenue dans notre Grande Famille Hospitalière Saint Jean de Dieu.

Vous aurez, à cœur, j'en suis sûr, de transmettre dans votre quotidien, à travers vos responsabilités qui sont grandes, le Charisme, les valeurs Saint Jean de Dieu, sur lesquelles nos établissements s'appuient. Vous avez notre confiance et c'est ensemble que nous avancerons.

Voilà pour les quelques informations que je voulais vous donner.

Je voudrais remercier celles et ceux qui ont préparé cette rencontre, sous la houlette de M. BIDAN, Sœur Rosalie GONI, Madame Monique LARTHE, notre fidèle serviteur, James MARCHE,

sans oublier le Frère Michel Le HOUEROU Supérieur de la communauté, M. QUENETTE et M. FONTENIT qui nous accueillent dans cette belle maison.

J'associe à mes remerciements Monsieur Benjamin PITCHO, Maître de conférence, Directeur adjoint au DEA de la santé à l'Université Paris 8 pour avoir accepté de faire ce déplacement afin de nous éclairer et de nous accompagner sur l'aspect sociologique, juridique et législatif de la violence et la maltraitance en milieu hospitalier. Merci de votre présence.

Je remercie également le Père Bruno-Marie DUFFE, Docteur en philosophie, Conseil en éthique sociale et médicale à la Faculté catholique de Lyon, qui en développera l'aspect éthique.

Quant à Madame JANIN-DEVILLARS, que vous connaissez bien, elle nous éclairera sur l'aspect psychologique

Je n'oublie pas bien sûr, notre fidèle animatrice : sœur Marie du Christ COUDURIER qui nous accompagne depuis le début de ces rencontres.

Dans l'extrait des Constitutions de l'Ordre Hospitalier que nous avons entendu tout à l'heure, il est dit que : Notre plus grand bonheur consiste à vivre en contact avec les destinataires de notre mission : l'accueil, l'amabilité, la compréhension et l'esprit de foi, c'est à dire le don respectueux et gratuit.

Bon travail à tous.

Le déroulement de la rencontre , Par M. Bernard BIDAN

Bien entendu, avec l'Equipe organisatrice, je m'associe à Sœur Rose et Frère Aloïs, pour vous souhaiter la bienvenue et vous dire aussi, combien je suis heureux et fier à la fois, de voir cette assemblée toujours plus importante.

Sans doute les thèmes retenus sont-ils porteurs, mais c'est vous qui les choisissez, en remplissant les fiches d'évaluation de fin session.

Il n'empêche que ces sessions sont devenues une nécessité, elles sont devenues un temps de formation professionnelle et personnelle.

Chacun de nous ressent bien, dans nos établissements respectifs, ce besoin de se rencontrer, de réfléchir ensemble, d'apprendre à mieux se connaître. Cela est d'autant plus vrai que nous avons tous le même objectif :

« L'amélioration de nos prestations auprès des personnes malades dont nous avons la charge et avec cette question sous jacente : Comment faire mieux ?

Pour rebondir sur ce que le Frère Aloïs disait tout à l'heure, et sans vouloir faire de discours de départ, je voudrais dire à vous tous, avec qui j'ai travaillé de près ou de loin, merci pour tout ce que vous m'avez apporté et plus généralement dire, à travers vous, à l'ensemble des personnels de tous les établissements Saint Jean de Dieu, combien j'ai appris auprès d'eux.

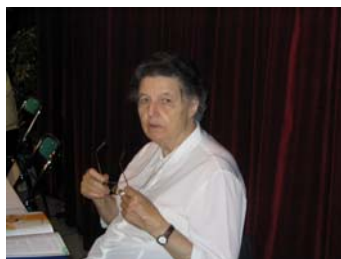
Je ferai mienne cette citation :

« Je croyais savoir, je m'aperçois que plus l'on va moins l'on sait. »

Plus nous ouvrons de tiroirs plus il y en a à l'intérieur.

En tout cas, je me garderai bien de tomber dans l'auto satisfaction lénifiante et qui pourrait devenir anesthésiante, seulement, j'espère avoir été digne des différents postes que l'on m'a confiés et puis après tout, n'étais-je pas payé pour cela ?

Mais reprenons nous, et revenons à notre session. Je vous souhaite une bonne session et vous dis à tout à l'heure. Je laisse la parole à Sœur Marie de Christ, que je salue très chaleureusement.



Sœur Marie du Christ COUDURIER

Bonjour à tous,

Je vous invite à vous présenter individuellement.

Cette présentation terminée, je vais tout de suite laisser la parole à M. Benjamin PITCHO

**Intervention de M. Benjamin PITCHO,
Maître de Conférence en Droit privé,
spécialisé en Droit de la Santé.
Il a réalisé sa thèse sur le
Statut juridique du patient dans les Etablissements de Santé
et dans la Médecine libérale. Il a co-dirigé le D.E.A. (appelé
aujourd'hui Master) Recherche dans le Droit de la Santé, à Paris VIII.
Il continue d'écrire dans le domaine de la Santé.**



Votre demande d'évoquer la maltraitance dans vos établissements et dans les établissements au sens large, est un sujet difficile à évoquer et ce, pour trois raisons :

La première, évidente : c'est un sujet dont les faits restent très durs à rappeler.

Evoquer ensemble la maltraitance, impose d'évoquer des tensions, des faits qui sont parfois insupportables et ce, dans un vocabulaire cru.

La Cour de Cassation n'hésite pas à nommer les choses par leur nom, et nous allons être ici, obligés de faire de même, alors qu'en tant qu'universitaire, nous ne sommes normalement, pas confrontés à la réalité. Elle nous revient pourtant, ici, en pleine figure, de manière évidente.

Le sujet est difficile pour une seconde raison, tenant à la multiplicité des études dont il a fait l'objet.

Il a ainsi été très largement évoqué dans le rapport d'une Commission du Sénat, présidée par M. Paul BLANC et qui procède à une analyse exhaustive des enjeux de la maltraitance.

On y trouve :

- ✓ des définitions de la maltraitance,
- ✓ les faits générateurs de la maltraitance,
- ✓ des statistiques relatives à la maltraitance,
- ✓ les dispositions juridiques applicables à la maltraitance.

Ce rapport est l'Alpha et l'Omega, en Droit français, de la maltraitance

Enfin, aborder la maltraitance apparaît aussi ardu, puisque, juridiquement, il s'agit d'un sujet vague et englobant.

- ✓ Il est difficile de définir la maltraitance,
- ✓ Il est difficile de savoir ce qui résulte de la maltraitance,
- ✓ Il est difficile de savoir ce qui relève du mauvais traitement,
- ✓ Il est difficile de savoir ce qui relève de sévices graves.

Pourquoi appeler cela maltraitance en soi-même ?

Tentons une définition de la maltraitance

Dans le mot « maltraitance », il y a, évidemment, les termes, MAL et TRAITANCE (évidence)

Le juriste aime bien définir, décortiquer.

Qu'est-ce qu'une chose MAL ?

Par delà, les débats philosophiques ou religieux, la notion de MAL demeure toujours opposée à la notion de BIEN.

Concernant le terme de « TRAITANCE », il faut rappeler qu'il s'agit d'un mot peu usité et au surplus, pas défini dans le vocabulaire juridique.

Intuitivement, il est possible d'affirmer que la *traitance* est légèrement différente du traitement malgré la ressemblance des termes.

Il y a entre TRAITEMENT et TRAITANCE une évidence de proximité dans la racine étymologique. Il demeure, néanmoins, une différence essentielle, que l'on retrouve dans le vocabulaire juridique sous le terme « sous-traitance » par exemple. La notion de *traitance* par rapport à la notion de *traitement* fait apparaître un processus dynamique.

Un traitement peut être infligé une fois : un sévice, par exemple.

La notion de traitance, au contraire, reste quelque chose de continu, le cas échéant répété, mais aussi dynamique.

Nous faisons plus appel dans la notion de traitance, et de maltraitance, au processus qu'au résultat lui-même, qu'à l'acte, qu'au fait générateur lui-même.

La maltraitance constitue, par conséquent, un processus dynamique et négatif, à l'encontre d'une personne. Nous pouvons l'apprécier de deux manières.

En premier lieu, le Droit possède, ici, une prétention de détachement (*cachez cette chose que je ne saurai voir*), et il apparaît ainsi plus confortable de ne pas appeler un viol, un viol, une humiliation, une *humiliation*, une injure, *une injure*. Ces derniers seront plutôt désignés sous le terme de maltraitance, permettant donc laisser un voile sur ces pratiques. Créer un tel néologisme offre la possibilité, dans une certaine mesure, de dissimuler la vérité.

Dans un second temps toutefois, il apparaît possible de distinguer une différence entre les mauvais traitements, les sévices, les violences, la cruauté et la maltraitance.

A titre d'exemple, la loi du 7 mars 2000, procède à l'insertion de l'article L 98-1, dans le Code de la Santé publique, recodifié aujourd'hui, et évoque les termes: « *mauvais traitements aux enfants* »

Ce vocabulaire possède une importance, parce que certains de ces mots vont être appliqués aux animaux, d'autres aux êtres humains. Il demeure surtout essentiel, puisque certaines infractions peuvent être distinguées selon la nature des actes incriminés

La maltraitance ne recouvre ainsi pas nécessairement les mêmes faits générateurs que ceux relatifs aux mauvais traitements.

Dans notre intervention, nous évoquons aujourd'hui la maltraitance et la violence. Pourtant maltraitance et violence figurent bien à part dans le Code Pénal. Il y a des actes de violence, il y a des actes de maltraitance qui ne sont pas les mêmes, qui n'entraînent pas la même pénalité et qui sont parfois confondues mais sont néanmoins différentes.

La notion de degré et de répétition

Il y a en effet, une question de degré, mais il y a aussi une notion de répétition dans la maltraitance qui demeure indifférente à l'infraction de violence :

il suffit de voir dans la rue à 4h du matin une rixe qui va opposer deux bandes rivales, car, il y a dans cette rixe une notion d'immédiateté, d'instantané dans l'acte, alors que dans la maltraitance il y a quelque chose de continu.

Dans ce processus qui permet, à nouveau de distinguer les problèmes liés à la maltraitance, et la violence, la cruauté, la barbarie, les sévices sont au contraire, pour leur part, instantanés.

Cette première approche ne nous fournit néanmoins toujours pas de définition de la maltraitance, tout simplement parce qu'il n'y en a pas dans le dispositif français.

Si nous voulons en trouver, nous la trouverions dans les dispositifs internationaux. Parmi ces derniers,, il est possible de citer la notion d'abus de l'ONU et surtout une définition pratique qui pourrait s'appliquer à la maltraitance que l'on trouve sous la plume du Conseil de l'Europe.

Qu'est-ce que la maltraitance ?

« Il s'agirait de tout acte ou omission qui a pour effet de porter gravement atteinte que ce soit de manière volontaire ou involontaire aux droits fondamentaux, aux libertés civiles, à l'intégrité corporelle, à la dignité, au bien-être général d'une personne vulnérable, y compris les relations sexuelles ou les opérations financières auxquelles elle ne consent ou ne peut consentir valablement ou qui visent délibérément à l'exploiter ».

Plusieurs éléments figurent dans cette définition : il y a la notion de volontaire ou d'involontaire. Les infractions pénales sont dans la majorité des cas des infractions volontaires, mais il existe, par exception, quelques infractions involontaires, dont celle-ci , selon laquelle *« il n'y a pas de volonté nécessairement qualifiée, ici, de maltraiter une personne »*

Deuxième point important,tenant au fait : *« qu'il a pour effet de porter gravement atteinte »* (distinction faite par le Conseil de l'Europe et que l'on ne retrouve pas sous la plume du législateur français, ni du juge français), il ne nous évoque pas nécessairement *« L'atteinte grave n'est pas évoquée »*.

Troisième point

Aux droits fondamentaux, aux libertés civiles, à l'intégrité corporelle, à la dignité de la personne, il y a quelque chose de tout à fait habituel. Les familles juridiques se distinguent en deux classes : les systèmes juridiques provenant de Droit romain dans laquelle on inclut le Droit français et la famille de Droit anglo-saxon.

Les deux systèmes possèdent une approche différente sur le Droit. Les anglo- saxons ont tendance à être plus prolixes dans les dispositifs, avec parfois, une répétition de certains termes et parfois, du superflu dans ces définitions qui ne méritent pas de retenir l'attention.

En revanche, il est nécessaire d'insister sur le bien-être général parce qu'il correspond exactement à la définition de la santé fournie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé est ainsi définie *« La santé est le plus complet état de bien-être physique, mental et social e pas seulement l'absence de maladie »*.

Cette définition est extrêmement englobante et qui n'a aucune implication en Droit français mais qui, néanmoins, vis-à-vis des organismes internationaux, demeure prépondérante.

Il y a donc ici un rappel sur les relations sexuelles qui ne sont pas consenties et sur les opérations financières. La maltraitance c'est aussi financier, ce n'est pas seulement l'intimité de la personne, la dignité de la personne, le respect de la personne humaine, si tant est que nous puissions séparer, bien entendu, l'aspect financier de la dignité de la personne humaine.

Rapide panorama sociologique de cette maltraitance :

Les études sur la maltraitance sont nombreuses mais finalement toutes n'apprennent pas la même chose et elles nous permettent de distinguer deux types de maltraitance :

La première maltraitance concerne la maltraitance en famille. La sociologie est révélatrice de deux ou trois idées qui sont des idées-phares, mais qui sont toutes confirmées, et finalement nous n'apprenons pas grand chose, par delà ces deux idées.

Quelles sont ces deux idées ?

la notion de double maltraitance, non pas sur le fait générateur mais sur les caractéristiques de la maltraitance ; il y a

- une maltraitance en famille
- une maltraitance en établissement

Ce sont les deux groupes quasi exclusifs de la maltraitance. Pourquoi ? Parce que pour pouvoir commettre des actes de maltraitance, pour s'inscrire dans ce processus dynamique et avilissant, il faut un lien sur la personne, un lien de domination sur la victime.

En l'absence de lien, il n'y a pas de maltraitance. Il faut donc qu'il y ait un lien familial, un lien de dépendance dans un établissement. Nous sommes très proches du harcèlement avec le lien de subordination dans le travail aussi (la comparaison ici serait intéressante) et il faut, bien entendu, une victime.

Qui sont les victimes ? Nous en relevons trois catégories :

- la première catégorie : les enfants et particulièrement dans le cadre de la famille
- la deuxième catégorie : les adultes handicapés
- la troisième catégorie : les personnes âgées.

Les quelques chiffres provenant du tableau des signalements, faits au cours des dix dernières années sur les actes de maltraitance, nous révèlent que, vis-à-vis des enfants et des signalements d'enfants en danger :

Entre 1995 et 2004

Les signalements sont relativement constants avec une légère augmentation en 1995, on relevait 17000 enfants maltraités et 41000 enfants à risque, soit au total 58000 enfants en danger.

En 1999, comparés au 17000 enfants maltraités, on relève 18500 et 55000 enfants à risque, soit au total 73500 enfants en danger.

En 2004, 19000 enfants maltraités, 76000 enfants à risque, soit au total 95000 enfants en danger

La nature de la maltraitance

- En 1995, sur les 58000 enfants :

- 7000 violences physiques
- 3500 abus sexuels
- 7500 négligences graves ou violences psychologiques

- En 2004 sur les 95000 enfants :

- 6600 violences physiques
- 5500 abus sexuels
- 6900 négligences graves ou violences psychologiques

Quant à la sociologie judiciaire, elle nous apprend

- qu'en 1995, il y a eu 36 000 saisines judiciaires pour enfants maltraités
- en 1997 – 47 000 saisines
- en 2004 – 56 000 saisines

Il y a une augmentation relativement faible des actes de maltraitance, en revanche il y a une hausse significative de saisines judiciaires.

Deux façons d'interpréter ces données peuvent être formulées :

- soit une meilleure connaissance et une libéralisation de la parole auprès du Juge
- soit, surtout, un recours plus systématique et peut-être plus abusif (le cas de l'affaire d'Outreau aux tribunaux)

La sociologie de la maltraitance en établissement est en revanche beaucoup plus difficile à établir parce qu'elle est multiforme et tout à fait étonnante et contradictoire. En compulsant des articles, nous trouvons des statistiques qui confirment que 60% des cas de maltraitance en établissement proviennent du personnel soignant, ce qui doit donner matière à débat. Un autre rapport confirme que 60% des cas de maltraitance dans les établissements proviennent non pas du personnel soignant mais des résidents eux-mêmes, c'est-à-dire de la violence entre résidents.

Il est, par conséquent, difficile de faire une interprétation sociologique lorsque deux rapports sont aussi contradictoires.

Nous trouvons, toujours le même reliquat, 15 à 20% de maltraitements qui proviendraient de la famille elle-même (maltraitance dans les lieux de soins, euthanasie). La plupart du temps, la demande vient d'une manière insidieuse et implicite de la famille plus que du patient lui-même, ce qui pourrait relever de la maltraitance.

L'autre problème rencontré dans les établissements réside dans le fait que nous avons du mal à qualifier le fait générateur de la maltraitance.

Nous allons voir finalement que l'atteinte à la vie privée est une maltraitance. Cela étant, le fait d'entrer dans une chambre sans frapper obligatoirement, nécessite-t-il une signalisation judiciaire ? Ce n'est pas évident et pourtant c'est un acte de malveillance.

Un abus sexuel est une maltraitance. Nécessite-t-il un signalement judiciaire ? Oui ! Est-ce fait ? Pas toujours.

Une stérilisation d'un adulte handicapé est considérée comme une maltraitance. Nécessite-t-elle un signalement judiciaire ? OUI – NON ? mais cela demeure très largement répandu dans les établissements.

Il y a un débat sur les actes permis et les actes non permis, avec des interprétations différentes.

Histoire de la Maltraitance

Si nous devons nous intéresser à l'Histoire de la Maltraitance, nous dirions d'une manière évidente que c'est un problème nouveau, que nous ne pouvons pas qualifier. Problème du 20^{ème} siècle ? Ce serait trop large, mais que nous pouvons qualifier après 1945.

En Grèce, nous n'en parlons même pas.

Le Serment d'Hippocrate insiste effectivement sur le secret médical et le secret médical tel que, vu par le Serment d'Hippocrate ne permet absolument pas de protéger le patient. Il permet de protéger le *maître de la maison* pour, au contraire, commettre tous les abus, tout ce qui révélerait des abus aujourd'hui, et qui étaient licites et admis à l'époque au sein de son domaine familial.

A Rome, nous sommes très loin de la maltraitance. C'est la même chose, le *pater familias* avait quasiment droit de vie et de mort sur les personnes qui vivaient à la maison (c'est un peu caricaturé).

Au Moyen Age, la maltraitance sur les enfants était inconnue. Il y avait un tel taux de mortalité que finalement elle était acceptée. Cela faisait partie du « sort » et, d'ailleurs, toutes les études historiques démontrent, sans aucune ambiguïté, que la prise de conscience de la personnalité de l'enfant, de l'importance de l'enfant dans l'Occident européen provient du XIX^{ème} siècle.

C'est à partir de la domination définitive de la culture bourgeoise du XIX^{ème} que la France, l'Europe d'une manière générale, va commencer à prendre conscience de l'importance de l'enfant. C'est une denrée rare. Il y a une baisse brutale de la natalité à ce moment-là ; il y en a eu un avant, mais nous en prenons conscience à ce moment-là parce que la natalité diminue, parce qu'il y a plus de temps pour la population bourgeoise pour prendre soin de l'enfant et parce qu'il y a les progrès de la médecine.

Puis la psychanalyse et la psychologie vont améliorer la prise de conscience pour faire de l'enfant non un « bien » particulièrement important au sein de la famille, mais pour en faire une *personne*. Sur cette prise de conscience, nous arrivons à la maltraitance.

Le point le plus important dans cette Histoire, si la maltraitance est découverte depuis peu, elle n'est découverte que vis-à-vis des enfants. Quand nous ouvrons n'importe quel rapport sur la maltraitance, n'importe quelle analyse sur la maltraitance, 90% de ceux-ci sont consacrés à la maltraitance vis-à-vis des enfants, et non pas vis-à-vis des adultes handicapés et non pas vis-à-vis des personnes âgées. C'est très symptomatique. Cela relève de l'aspect marginal, à la fois au niveau de la sociologie judiciaire et, en même temps, au niveau de l'analyse que nous en faisons, mais certainement pas au niveau des faits générateurs, c'est l'évidence.

Les facteurs d'aggravation de la maltraitance

Pourquoi la maltraitance en quelque sorte ? La réponse est évidente :

- pathologie mentale (à la fois comme fait générateur et comme victime, comme accélérateur de la maltraitance)
- la pauvreté, tout à fait symptomatique aussi
- la dépendance
- le handicap
- l'isolement (tout ce qui relève, d'une manière un peu pudique en Droit, de la vulnérabilité)

Nous sommes plus aisément maltraités - maltraitance - quand on est seul, qu' en présence de personnes et d'un cadre précis, notamment dans les établissements. Nous avons vu cependant que l'un des faits générateurs de la maltraitance demeure la famille.

Examinons trois points :

Comment le juriste appréhende-t-il la maltraitance ?

Dispositifs applicables à la maltraitance

Les faits générateurs de la maltraitance

Appréciation des dispositifs et des faits générateurs (Quel est le lieu de la maltraitance ? Le Pourquoi de la maltraitance dans son traitement juridique)

Les dispositifs applicables à la maltraitance

Ils peuvent être classés facilement en trois catégories :

- Le 1^{er} ensemble relève de la responsabilité civile
- Un 2^{ème} ensemble relève des dispositifs applicables, propres aux autorisations, aux établissements
- Un 3^{ème} ensemble relève de dispositifs propres à la responsabilité pénale des auteurs d'actes de maltraitance.

La responsabilité civile :

La responsabilité civile est tout simplement le fondement juridique de l'action qui permet de prononcer une indemnisation en cas de dommages créés à une personne. En référence, l'article 1382 du Code Civil et l'article 1384 du Code Civil.

L'article 1382 du Code Civil dispose que « *tout fait quelconque de l'Homme qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé, à le réparer.* »

Une faute, un dommage, un lien de causalité entre une faute et un dommage sont à ce titre nécessaires.

N.B. Un point important dans cette responsabilité civile indemnitaire, c'est la possibilité pour le salarié d'engager la responsabilité de l'Etablissement car il est commettant de l'Etablissement. Sauf pour la responsabilité pénale, le salarié engage, normalement, la responsabilité de l'Etablissement,

Les autorisations

La responsabilité de l'autorisation du fonctionnement dépend d'un ensemble de dispositifs légaux.

Ces dispositifs sont nombreux.

Il est symptomatique que ces dispositifs légaux proviennent de la loi du 2 janvier 2002, portant sur la rénovation de l'Action sociale et du médico-social qui avait pour ambition de rénover cette action donc d'encadrer le système social, et le médico-social, de donner une culture un peu plus rigoureuse à ce secteur.

Il est important de rappeler que cette loi a été en discussion pendant vingt ans (ce qui est très long). Pendant ces vingt années, des dispositifs successifs ont été présentés à l'Assemblée Nationale, au Sénat, sans jamais réussir à être votés et puis, finalement, à la suite d'une prise de conscience subséquente à, l'affaire des Disparues de l'Yonne, il existe une urgence à réglementer l'activité des établissements médico-sociaux.

Il y a un scandale, et une affaire très médiatisée, une prise de conscience qui fait que finalement ce secteur ne doit pas être laissé à l'abandon. La loi est votée en urgence. Cette loi votée en urgence, dans le traumatisme de ce scandale, cette prise de conscience en insistant très lourdement sur ces actes de maltraitance, sur le bien-être de la personne, sur les droits fondamentaux de la personne.

Cette loi a pour objectifs entre autres :

- ✓ de prévenir la maltraitance
- ✓ et surtout de punir la maltraitance

Deux exemples :

Le 1^{er} exemple provient de l'article L 331-5 du Code de l'Action sociale et des Familles qui dispose que : *« Si la santé, la sécurité ou le bien-être moral ou physique des personnes hébergées est menacé ou compromis par des conditions d'installation, d'organisation ou de fonctionnement de l'établissement, le représentant de l'Etat enjoint au responsable de celui-ci de remédier aux insuffisances, inconvénients ou abus dans le délai qu'il prescrit à cet effet. »*

Explication :

Il convient de se prémunir de la maltraitance, de la punir. Les conditions d'installation, d'organisation ou de fonctionnement entrent ainsi dans le champ d'application de la réglementation applicable, ainsi que les conditions d'hébergement.

S'il n'a pas été fait à l'injonction dans le délai prévu, le représentant de l'Etat ordonne, après avoir pris l'avis du Conseil départemental d'Hygiène, la fermeture totale ou partielle, définitive ou provisoire, de l'Etablissement.

Il s'agit d'une sanction radicale pour un acte de maltraitance, pour une atteinte au bien-être moral ou physique d'une personne, c'est difficile pour des personnes qui sont chroniquement dépressives.

C'est difficile quand tout est fait pour assurer le bien-être de la personne.

Nous ne sommes pas ici dans la notion de moyens. Il n'est pas dit *« si vous ne faites tout ce qu'il faut pour assurer le bien-être moral, »* mais *« si le bien moral de la personne hébergée est menacé ou compromis »*

Il y a donc une menace très grave qui pèse sur les établissements.

En cas d'urgence, ou lorsque le responsable refuse de se soumettre à la surveillance prévue à l'article L 313 (une autre procédure), le représentant de l'Etat peut, de plus, sans consultation préalable, prononcer un arrêté motivé, et, à titre provisoire, une mesure de fermeture immédiate (autre procédure coercitive) à charge lui-même de saisir, pour avis, ledit Conseil dans le délai d'un mois.

Il y a donc ici une volonté de prévenir la maltraitance d'une manière très nette avec une infraction qui est beaucoup trop maximaliste. Il est difficile de se prémunir contre l'atteinte au bien-être d'un résident, c'est impossible dans une collectivité. Nous ne pouvons pas non plus, nous prémunir contre une atteinte à la santé ou à la sécurité.

Pensons-y : la sécurité c'est très large : c'est le bulbe de l'ampoule qui tombe – ce qui veut dire que pour un bulbe tombé, le patient va avoir une frayeur – pourquoi pas, on va pouvoir fermer partiellement ou définitivement.

C'est une **responsabilité collective** qui est prononcée. C'est l'établissement qui ferme. Ce n'est pas une personne responsable de la maltraitance qui va être isolée et qui sera, le cas échéant, démise de ses fonctions. C'est l'établissement qui est menacé en tant que tel.

La volonté du législateur est ici très claire. Il s'agit de pouvoir mettre un terme rapidement au fonctionnement des établissements qui portent un préjudice grave aux conditions de vie et d'hébergement des personnes. Mais le texte est, encore une fois, trop maximaliste.

2^{ème} point : dans ces autorisations et textes législatifs à destination des établissements, on nous dit « *en cas d'une fermeture d'établissement volontaire ou ordonnée, le représentant du département prend les mesures nécessaires afin de pourvoir à l'accueil des personnes qui étaient hébergées. Il peut également désigner un Administrateur provisoire de l'établissement pour une durée qui ne peut être supérieure à six mois. (L'Administrateur va exercer les fonctions du Directeur).* »

Prenons la situation suivante :

Vous êtes dans une ville. Vous avez un premier établissement qui va fermer du fait de maltraitances révélées, mais pas condamné encore, c'est-à-dire, c'est après saisie du Conseil départemental, mais le juge n'a pas statué. Nous sommes donc soumis à un arbitraire : d'un côté, il y a une volonté très claire de prévention, mais il n'y a pas de condamnation (pas d'instruction, pas d'enquête), tous ces éléments qui permettent de se garantir contre ce que l'on appelle habituellement « l'erreur judiciaire ». Donc, le premier établissement ferme, à tort ou à raison.

Vous avez un deuxième établissement qui, tout d'un coup, va se retrouver avec tous les résidents du premier établissement. Pour éviter la maltraitance, cette disposition est-elle bien réaliste ? Non ! Alors que faire ? Les placer dans un gymnase en attendant ?

Le Préfet, représentant de l'Etat, peut prendre toutes les mesures mais c'est difficile – surtout que nous ne pouvons pas dire qu'il y ait une sous capacité caractéristique.

Que va-t-il se passer ?

Nous allons prendre deux résidents d'un établissement pour les placer à droite, deux résidents d'un autre établissement pour les placer à gauche. Qu'est devenue la notion de vie collective pour toutes ces personnes qui avaient l'habitude d'être ensemble ? Elle disparaît. Où est le lien familial ?

Vous déplacez une personne de Marseille à Aubagne, ou ailleurs, la famille qui habite à l'autre bout de Marseille mettra trois heures pour venir. Viendra-t-elle aussi fréquemment ? Non !

Mais c'est intéressant puisque, selon les termes du rapport du Sénat, il s'agit exactement de la définition même de la maltraitance.

« La rupture de la vie collective, l'isolement, la rupture des attaches familiales, l'hébergement dans des conditions indignes, les surcapacités dans les établissements, l'absence des compétences des personnels soignants. »

Il est évident que le personnel soignant ne peut pas être compétent quand l'effectif des résidents passe de 20 à 40/50 personnes hébergées.

Le texte est, effectivement, un vœu pieux, mais son application est difficile, voire impossible. Ce texte n'a pu, à notre connaissance, être appliqué. Le recueil de la jurisprudence ne permet pas de voir des applications de ce type. Finalement, il ne s'agit que d'une prérogative administrative, coercitive et quasiment arbitraire, qui permet de réguler le fonctionnement des établissements qui ne sont pas satisfaisants de prime abord, et mettre un terme à ces agissements.

3^{ème} point : il s'agit de tous les dispositifs légaux, de nature criminelle, qui permettent de déterminer par fraction les actes de maltraitance :

Deux types de textes :

le premier, l'article L222 -14 du Code Pénal, lié à l'obligation de signalement, dispose que les violences habituelles sur un mineur de moins de 15 ans ou sur une personne dont la personnalité est d'une particulière vulnérabilité, en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, ou d'une dépendance physique ou psychique ou d'un état de grossesse, est apparente ou connue de l'auteur, sont punis :

- De 30 ans de réclusion criminelle lorsqu'elles ont entraîné la mort de la victime.
- De 20 ans de réclusion criminelle, lorsqu'elles ont entraîné une mutilation ou une infirmité permanente.
- De 10 ans d'emprisonnement et de 150 000 € d'amende lorsqu'elles ont entraîné une incapacité totale de travail pendant plus de huit jours (un simple accident de voiture peut entraîner une incapacité totale de travail pendant plus de huit jours).
- De 5 ans d'emprisonnement et de 75.000 € d'amende lorsqu'elles n'ont pas entraîné une incapacité totale de travail pendant plus de 8 jours.

De plus, dans le deuxième cas, une période de sûreté peut être prononcée par le juge, c'est-à-dire que si c'est 30 ans, c'est 30 ans fermes. La réclusion criminelle à perpétuité n'existe pas en Droit français. La réclusion criminelle à perpétuité c'est 30 ans avec remise de peine, sauf exception, qui est celle notamment des violences sexuelles sur les mineurs. En dehors de ces cas, ce sont, 30 ans amendables.

Les violences habituelles

(Nous sommes dans le processus de maltraitance) sur un mineur de moins de 15 ans (enfant), sur la personne dont la particulière vulnérabilité due à son âge, à une maladie, une infirmité ou une dépendance physique ou psychique ou un état de grossesse est apparente ou connue de l'auteur (il y a ici une connaissance de la dépendance : la dépendance doit être connue de l'auteur pour pouvoir qualifier l'acte).

C'est pour cela que l'on retrouve ces actes, à la fois dans la famille et dans les établissements, puisque ce sont dans ces endroits que l'on trouve les personnes les plus dépendantes, mais c'est aussi l'endroit où l'on retrouve les personnes qui connaissent le mieux l'état de dépendance de la personne.

On nous parle d'escroquerie, de délit financier, le fait d'avoir trompé une personne, d'avoir usé d'une fausse qualité ou d'une fausse identité pour tromper une personne en matière financière.

L'article 313 du Code Pénal dispose qu'en cas d'escroquerie, les peines d'emprisonnement sont portées à 7 ans et 750.000 € d'amende lorsque l'escroquerie est réalisée par une personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission du service public, dans l'exercice, ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions ou d'une mission.

Tous les personnels des secteurs soignants sont visés par cette disposition, relative au préjudice d'une personne, dont la particulière vulnérabilité est due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse est apparente ou connue de son auteur. Le délit financier est aggravé en cas de dépendance physique, psychique ou d'état de grossesse ou d'infirmité ou de maladie.

Nouvelle infraction pénale

Aggravation de l'infraction pénale d'escroquerie sur les personnes particulièrement vulnérables, ce qui signifie que : parmi la maltraitance il faut, à l'évidence, loger tous les délits financiers.

Encore une fois, la maltraitance n'est pas seulement physique, mentale, elle est aussi financière.

Autres articles

articles 223-15-2 du Code Pénal

« Est puni de 3 ans d'emprisonnement de l'abus frauduleux de l'état d'ignorance ou de la situation de faiblesse soit d'un mineur, soit d'une personne dont la particulière vulnérabilité due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience psychique ou physique ou à un état de grossesse est apparente et connue de l'auteur, soit d'une personne en état de dépendance psychologique ou physique, résultant de pressions graves, de nature à altérer son jugement pour conduire ce mineur, ou cette personne, à la commission d'un acte ou à une abstention qui est particulièrement préjudiciable. »

Commentaires :

Si vous poussez une personne à réaliser un acte ou à ne pas réaliser un acte, vous êtes à nouveau dans la maltraitance. Il n'y a pas, ici, d'incidence financière, pas de violence physique, simplement le fait d'user de la dépendance d'une personne.

Exemples

Vous allez frapper à une porte. Vous savez qu'un couple de personnes âgées habite dans l'appartement. Vous allez leur vendre 2000 matelas. Vous convainquez une personne résidant dans l'établissement de modifier son testament. Vous arrivez à la convaincre de faire une donation ...

Autres textes

L'article 226-13 du Code Pénal

Il n'y a rien à voir, a priori, avec la maltraitance et pourtant il s'y trouve au cœur.

Que nous dit-il ?

Il nous affirme que la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état, soit par profession, soit en fonction ou d'une mission temporaire, est puni d'un an d'emprisonnement et de 150.000 € d'amende.

C'est le texte relatif au secret professionnel.

Il est intéressant pour voir que, finalement, la violation du secret professionnel est punie d'un an d'emprisonnement de 15.000 € d'amende, là où la maltraitance est punie de 30 ans d'emprisonnement avec la mort de la victime.

Ou plus précisément de 5 ans d'emprisonnement de 15.000 € d'amende, lorsqu'il n'y pas d'incapacité totale d'arrêt de travail de plus de 8 jours. Cela est intéressant puisque la violation du secret professionnel fait partie de la maltraitance.

Il y a une contradiction évidente dans les faits générateurs, dans les qualifications. C'est ce qu'on appelle, en Droit pénal, un conflit de qualifications et, dans ces cas-là, le Procureur est en droit de requérir la peine maximale plutôt que la peine minimale. Mais la difficulté réside dans la qualification de l'infraction.

Pourquoi évoquer cela ?

Parce que c'est bien facile de se retrancher derrière le secret professionnel pour ne pas révéler des actes de maltraitance.

Avant d'apprécier les dispositions des textes juridiques applicables à la maltraitance, la première loi qui s'applique à la maltraitance, c'est la loi du silence.

Aucun rapport, aucune étude ne permet de contredire cette évidence.

Si la maltraitance existe, c'est parce que tout le monde se tait. C'est parce que tout le monde est complice de la maltraitance. C'est parce que personne ne se lève, parce qu'il y a, d'une part une responsabilité et un silence de la part de toutes les personnes qui acceptent cette maltraitance, mais parce qu'il y a, d'une manière beaucoup plus grave, une tolérance à la maltraitance. Beaucoup d'actes de maltraitance sont considérés comme « normaux » aujourd'hui. Il y a donc ce silence.

Le silence de la victime

Il y a aussi, le silence de la victime de la maltraitance. Il y a une culpabilité de la victime qui est phénoménale. Il y a un silence de la victime qui ne peut pas, elle non plus, se faire comprendre lorsqu'elle est en état de dépendance grave (les personnes handicapées mentales, les personnes âgées malades, les enfants). Il y a peur des représailles.

Dans un groupe familial, il est difficile de révéler la maltraitance.

Vous êtes une personne âgée dépendante, au sein d'un établissement : il est difficile de révéler la maltraitance lorsque vous continuerez à être hébergé et soigné par les mêmes personnes.

Tout concourt à la fois du côté des victimes et de ce que l'on pourrait appeler « les bourreaux » à la commission répétée et facile d'actes de maltraitance.

Donc, le secret professionnel est bien confortable. Heureusement, le législateur a bien prévu un complément à ce secret professionnel, puisque l'article 214-14 du Code Pénal qui suit immédiatement celui, propre au secret médical (il était important d'avoir une certaine cohérence) dispose que l'article 226-13 applicable au secret professionnel « *n'est pas applicable dans les cas où la loi impose, (les médecins) ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable à celui qui informe les Autorités judiciaires, médicales ou administratives, des privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur de moins de 15 ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique.* »

Il y a donc une obligation de maintien du secret professionnel pour tous les personnels soignants (médecins ou non médecins) et il y a, parallèlement, des actes qui s'opposent de manière contradictoire, une obligation de révélation des actes de maltraitance.

Attention : ce n'est pas une faculté de révélation, c'est une obligation de révélation. Une obligation pénalement sanctionnée.

Pour le débat juridique :

On nous parle, ici, de mineurs de moins de 15 ans, de personnes qui ne sont pas en mesure de se protéger en raison de leur âge, de leur état physique ou psychique, alors qu'avant nous parlions de personnes dépendantes qui souffraient d'une infirmité « en état de dépendance psychique ou physique ».

On nous parlait de déficience physique, psychique, d'infirmité.

Tous ces cas de victimes sont passés sous silence. L'état de grossesse apparente, ne figure plus ici, à moins de considérer la grossesse comme une infirmité. Il y a dans ces deux actes des champs d'application différents.

Comment les juges considèrent-ils les actes de maltraitance ?

Présentés de cette manière, les dispositifs légaux sont intéressants. Encore faut-il les mettre en valeur, encore faut-il savoir leur réception.

Quant au premier, il n'est pas encore appliqué. Quant aux autres, ils sont appliqués d'une manière tout à fait intéressante.

Quand nous parlons maltraitance (site juridique : legifrance.gouv.fr), site sur lequel se trouvent la totalité des textes applicables et surtout la totalité de la jurisprudence appliquée depuis les quinze dernières années.

En tapant « violence, viol, maltraitance », sur ce site nous trouvons seulement 25 réponses. Pourquoi seulement 25 réponses ?

la première raison est simple :

- ✓ les dispositifs relatifs à la maltraitance sont récents. C'est un vocabulaire qui n'est pas encore connu par le juge
- ✓ la deuxième raison est plus inquiétante :
la maltraitance relève d'une appréciation protéiforme, multiforme, d'une vérité qui est difficilement saisissable et que le juge se refuse à saisir.

Il n'y a pas d'infraction en tant que telle de maltraitance dans la déposition. Il y a violence sur personne, il y a viol, il y a escroquerie, il y a absence de révélation de secret professionnel.

Ce n'est pas tant une analyse juridique qui peut en être faite - l'analyse juridique ne donnera rien sur la maltraitance - c'est plus une analyse sociologique.

La maltraitance est un ensemble d'infractions pénales différentes, existant déjà. Ce sont les raisons pour lesquelles elle est difficile à saisir par le juge.

Néanmoins, dans ces 25 réponses, isolons quelques définitions significatives et importantes, notamment dans le cadre de l'exercice dans les établissements.

1^{er} Arrêt de la Chambre criminelle de la Cour de Cassation du 22 septembre 1999 :

Il s'agissait ici « *de violences habituelles dont avait été victime un enfant* ». Il s'agissait d'un médecin accusé de non assistance de personne en danger. L'Arrêt nous dit « *l'intéressé, médecin de la Protection maternelle et infantile, a reconnu s'être inquiété lors de la visite de la fillette, une semaine avant le décès, de la présence, sur le front de l'enfant, d'un oeuf de pigeon avec une bosse sous-jacente, laissant craindre une fracture du crâne ou un hématome dural, qu'elle s'était contenté de le dire d'une part à Y et X. A l'hôpital, d'autre part de rédiger une lettre d'accompagnement tout en remarquant que les explications de la mère étaient contradictoires* ».

Sanction prononcée ici « non assistance à personne en danger ». Cas évident de maltraitance.

Il y a obligation de révélation. Cette obligation n'est pas théorique, elle est sanctionnée par l'infraction « non assistance à personne en danger » avec 15 à 20, voire 30 ans, de réclusion criminelle.

Obligation de révélation, certes, mais allons plus loin, et la Cour de Cassation ne s'en prive pas dans une affaire jugée par la Chambre sociale le 12 juillet 2006 :

Histoire d'un salarié qui avait fait une dénonciation, un signalement d'acte de maltraitance dans un établissement de santé et ce signalement auprès du Procureur de la République s'était avéré erroné : aucun acte de maltraitance. Les rapports entre le salarié et la Direction étaient, pour le moins, difficiles et la Direction considérait que ces allégations étaient injurieuses, diffamatoires, injustifiées et méritaient une sanction pénale.

La Cour de Cassation répond : « *le fait pour un salarié de porter à la connaissance du Procureur de la République des agissements dont les résidents d'un établissement pour soins, au sein duquel il occupe un emploi de moniteur-éducateur, auraient été les victimes, et que s'ils étaient établis, ils seraient de nature à caractériser les infractions pénales, ne constitue pas une faute* »

Il y a non seulement une obligation à révéler, mais il y a mieux : il y a absence de faute en faisant une dénonciation qui serait erronée. Il ne faut donc pas avoir peur de signaler au Procureur les actes de maltraitance.

Dernière décision du 4 janvier 2006, intéressante car elle fait appel à la notion de maltraitance.

La Chambre criminelle de la Cour de Cassation s'est penchée sur une histoire relative à des actes de maltraitance, aux violences sexuelles sur des enfants. Après l'énonciation, difficile, des actes, il est dit d'une part que les expertises psychiatriques et psychologiques sont contradictoires et, d'autre part, la preuve des actes de maltraitance n'est pas rapportée (pourtant, en lisant l'Arrêt, nous pouvons penser qu'il est fort difficile pour des enfants d'inventer cela).

Conclusion : Le problème de la preuve.

Nous l'avons vu, nous y avons été confronté dans l'affaire Outreau.

Cette affaire Outreau est importante pour la Justice, pour les Etablissements de santé et pour la pratique des personnels soignants d'une manière générale.

Cette affaire d'Outreau n'est pas une simple erreur judiciaire, c'est bien trop facile et bien trop confortable.

Ce n'est pas une erreur de ce pauvre Juge d'Instruction qu'il faudrait charger de tous les péchés du monde. Non, c'est une succession d'erreurs commises par la totalité des personnes impliquées dans ce dossier :

Ce sont d'abord les experts (qui sont payés soi-disant à des tarifs de femme de ménage : une expertise est payée entre 2500 et 3000 €)

Une volonté des journalistes de pouvoir aider les juges

L'absence évidente de contrôle et de garde-fou de la Chambre d'Instruction

Mais il y a, ici, une foule d'événements successifs. On a voulu se précipiter sur ces actes de maltraitance – trop beaux pour être vrais – que l'on a montés en épingle pour finalement rien.

C'est très intéressant, pourquoi ?

la maltraitance est au cœur du débat médiatique (il faut s'en méfier d'une certaine manière)

la maltraitance est protéiforme – multiforme (ce sont des atteintes physiques, psychiques médicales - l'action de médication, l'absence de médicaments), ce sont des atteintes financières.

le fait de rentrer dans une chambre d'une personne hébergée sans avoir frappé est un acte caractérisé de maltraitance, dans un établissement pour personnes âgées dépendantes, le fait de laisser une personne dans une salle de réunion isolée et de ne pas l'inviter aux activités est un acte caractérisé de maltraitance.

C'est évidemment indolore, il n'y a pas de violence au sens pénal, pas de coercition psychologique mais c'est une humiliation continue qui, si elle n'est pas punie, doit être révélée et doit être guérie.

Les faits générateurs de la maltraitance, les causes de la maltraitance sont connus. Ce sont :

- ❖ les débordements des personnels
- ❖ l'absence de qualification des personnels (des aides-soignants qui vont accomplir des actes infirmiers, des infirmiers ceux des médecins)
- ❖ un service pauvrement organisé
- ❖ des installations défectueuses

La maltraitance est particulièrement intéressante pour le juriste car elle est aux confluent des droits fondamentaux.

Il n'y a pas de hasard, si dans la loi du 2 janvier 2002, on a évoqué en priorité la maltraitance et que l'on a rénové tous ces dispositifs, car c'est la loi qui prend soin de rappeler l'importance des droits fondamentaux de la personne hébergée, de la dignité de la personne hébergée, l'intimité de la vie privée de la personne hébergée, l'intégrité de la vie corporelle de la personne hébergée. Tout cet ensemble de droits qui permettent de définir la maltraitance.

Echanges avec M. Pitcho

« Les réponses que je vous ferai sont assises sur une opinion juridique qui n'engagent que moi mais surtout peuvent se résoudre autrement ou alors nécessitent un complément de réponse »

Carrefour 5

1^{ère} question

Comment interférer dans les choix de vie, de traitements médicamenteux ou non du patient, sans être maltraitant ?

Réponse

Le fait d'interférer dans un choix de vie n'est pas, en tant que juriste, en soi-même révélateur d'une maltraitance. La maltraitance c'est ce qui va favoriser l'humiliation, la mise à l'écart, la séparation du groupe, la perte de la dignité, la violation des droits fondamentaux de la personne.

Mais bien sûr, on peut interférer dans les choix de vie, de traitements médicamenteux, ou non, d'un patient, sans être maltraitant. Le type même de cette interférence réside bien évidemment dans le contrat de séjour, qui est impératif aujourd'hui, dans la loi du 2 janvier 2002, et qui concerne le secteur social et médico-social.

Ce contrat de séjour permet exactement d'interférer dans les choix de vie, c'est-à-dire de prévoir une prise en charge, de prévoir l'évolution de cette prise en charge et de voir comment le patient va pouvoir se comporter et comment il va pouvoir bénéficier de cette prise en charge. Donc, dans cette mesure, il y a interférence dans les choix de vie.

Maintenant, les choix de vie, la question est-elle liée à la sexualité d'un résident ? Oui, il peut y avoir interférence.

Autre exemple : le traitement médicamenteux ou non, c'est le rôle du médecin. C'est lui qui détermine la nécessité, ou non, du traitement et de sa pertinence. Donc, l'établissement, en tant que personne morale, représenté par le Directeur, n'a pas nécessairement à s'investir dans ce rôle, sauf à considérer d'une part qu'il y a des nécessités du service qui sont imposées, par ex. : un traitement médicamenteux qui ne peut pas être dispensé dans son établissement, dans cas, il faut prévoir une prise en charge annexe, et sauf aussi à respecter l'anonymat du résident, si le médecin est confronté à une difficulté d'une prise en charge dans

l'établissement, il informe la direction de l'établissement de cette difficulté sans révéler l'identité du patient, sinon il y a violation du secret professionnel. En effet, le personnel administratif n'a pas accès aux données personnelles du patient.

Question formulée autrement : peut-on imposer à un patient de prendre ses médicaments ?

Oui, nous pouvons imposer à un patient de prendre ses médicaments, aucun doute là-dessus. La jurisprudence est tout à fait fixée en ce sens. Il y a eu une loi très récente qui a permis de créer des directives pour anticiper l'arrêt du traitement en cas de pronostic létal pour les patients. Dans ces cas-là, l'arrêt thérapeutique est autorisé mais en dehors de cette exception (la fin de vie uniquement) on peut forcer un patient à prendre ses médicaments. C'est la position de principe.

Cette position de principe doit être confrontée aux circonstances de l'espèce, c'est-à-dire qu'on ne peut pas par principe justement, forcer un patient à prendre ses médicaments, on ne peut le forcer que si le pronostic vital est engagé, que si le traitement est proportionné à son état et nécessaire à sa survie et réalisé en urgence.

Un Arrêt d'ordonnance en référé de 2001 du Conseil d'Etat pour une situation était celle-ci : Un témoin de Jéhovah est hospitalisé. Une transfusion est impérative pour sa survie. Le témoin de Jéhovah, comme sa famille, s'opposent à la transfusion. Le médecin et l'hôpital saisissent conjointement le juge des référés dans une procédure d'urgence (le juge doit répondre dans les 48h). Le juge répond – sans aucune ambiguïté – que dans ces cas-là, le pronostic vital étant engagé, l'acte médical est nécessaire à sa survie, indispensable et urgent.

Dans ces cas-là, il faut agir et ce n'est pas *peut-on agir ?*, *c'est il faut agir*. Et si on n'agit pas, il y aura bien sûr, incrimination de non-assistance de personne en danger.

Sur le long terme, la situation est comparable. Ce qui prime avant tout en droit c'est la survie de la personne, mais attention, pas la vie, la survie, c'est-à-dire que dès lors que le processus de la survie est engagé, il va être possible d'agir. Mais le patient a le choix : le principe consiste alors à convaincre le patient de prendre son traitement. Principe valable pour un patient sain d'esprit. Puis d'autres difficultés vont se poser, par ex. : - pour un patient sous tutelle

- pour une personne mineure

Dans ces cas-là, on peut agir avec l'autorisation du tuteur, avec l'autorisation des titulaires de l'autorisation parentale.

Autre exemple posé

Le problème d'un résident en maison de retraite souffrant d'hypertension artérielle, qui nécessite un traitement à long terme. S'il ne veut pas prendre son traitement, comment le forcer ?

Réponse en tant que juriste : deux axes :

- la survie du patient
- son consentement

Dès lors que la personne va être apte à consentir, pas sous tutelle, pas d'hospitalisation en psychiatrie, pas de minorité, nous allons avoir des problèmes pour la forcer, cela est certain. On ne peut pas avoir de réponse catégorique.

Imaginons la situation :

Vous ne l'avez pas forcée, la personne a un accident, que va-t-il se passer ? Il peut y avoir une expertise. L'expert va dire « *visiblement le patient a refusé, l'a-t-on informé des risques de son refus ? Est-on sûr que le refus de son consentement était éclairé ?* » Là, réside la difficulté. Donc pas de réponse catégorique, que celle-ci « Non, on ne peut pas la forcer »

Dans certains cas – marginaux – nous l'avons dit, oui on peut la forcer.

Faire signer une décharge n'a aucune valeur. C'est au médecin de l'inscrire dans le dossier médical, tout au long de la prise en charge. C'est au médecin de convoquer la famille, le cas échéant, pour pouvoir permettre de convaincre la personne. C'est à vous de vous assurer, avec un dialogue avec la personne qu'elle accepte la prise en charge, à condition qu'il y ait toujours :

- absence de motif psychiatrique : dans ce cas on peut forcer –
- absence de tutelle : dans ce cas on peut forcer,
- absence de pronostic vital : dans ce cas on peut forcer.

Donner la réponse « non, on ne peut pas forcer » ne garantit pas l'absence de responsabilité du médecin a posteriori.

Le médecin est seul face à sa conscience et il y a certains cas où il va ordonner l'administration d'un traitement forcé et d'autres cas, dans lequel sa conscience va lui dicter de ne pas intervenir. C'est ce qui sera examiné devant le Tribunal, c'est de savoir si un autre médecin placé dans une situation équivalente aurait réalisé le même acte dans les mêmes conditions.

2^{ème} question

Nier la sexualité dans la prise en charge globale d'un patient dans un établissement est-ce une maltraitance ?

R. Pas de réponse de principe à des questions précises comme celle-ci. L'appréciation divergera selon les faits.

Nier par principe la sexualité d'un patient dans le cadre de sa prise en charge est une maltraitance. On peut la nier sous certaines restrictions qui seront impérativement justifiées, qui seront le cas échéant discutées mais dont on pourra apporter la preuve.

On ne peut pas nier toute la sexualité d'un patient. Il y a des cas difficiles qui nécessiteront l'intervention d'un tiers, le cas échéant, extérieur à l'établissement, car il y a une impossibilité pour le patient d'avoir une sexualité sans l'intervention d'un tiers.

La réponse de principe est OUI. S'investir dans la sexualité pour la nier est une maltraitance puisque c'est un droit fondamental maintenant cet investissement et cette négation peuvent être justifiés pour des raisons de service, des raisons de prise en charge.

En évoquant l'impossibilité d'avoir une sexualité « seul » c'était en présence d'une tierce personne pour aider, je suppose ? Il y a une appréciation des risques à évaluer. Le fait d'avoir recours à une prostituée peut effectivement s'apparenter à du proxénétisme et là, il faudrait regarder la jurisprudence depuis des siècles.

Il y a un vrai danger, mais ce problème se pose et il doit pouvoir être sélectionné dans un sens ou dans un autre, à la condition d'accompagner la personne avec tous les risques de responsabilité qui l'entourent, mais c'est une situation par défaut.

Carrefour 1

Entre le Conseil de l'Europe et la Loi française à qui la justice se rapporte-t-elle ? A quelle législation doit-on se référer ?

R. Le Conseil de l'Europe édicte un certain nombre de normes, d'ensembles juridiques qui n'ont aucune valeur. Ils ne sont pas utilisés si ce n'est que ces normes possèdent une influence sur les tribunaux. Néanmoins, le Conseil de l'Europe émet la Convention Européenne des Droits de l'Homme (CEDH) et les protocoles additionnels et, à ce titre, les droits qui sont dans la Convention des Droits de l'Homme vont pouvoir être appliqués par les tribunaux français d'une part et, d'autre part, par la Cour Européenne des Droits de l'Homme.

Il y a ici double corpus, d'une part, ce qui concerne la Convention Européenne des Droits de l'Homme appliquée à la fois par le Juge français et par le Juge européen, et, d'autre part, les textes en dehors de la CEDH qui, eux ne sont pas directement appliqués mais se contentent d'avoir une influence.

Maintenant, à quelle législation doit-on se référer ?

La réponse est : à la législation française quoiqu'il arrive.

Mais attention au bloc de la législation française, le Droit international, c'est-à-dire qui est ratifié par la France et bien sûr le Droit de la CE, qui est un traité international ratifié par la France.

Maltraitance à personne en danger : limites ?

R. C'est une question quelque peu lapidaire, qui demande des précisions. Tout va dépendre des faits de l'espèce, c'est-à-dire que certaines choses justifient une atteinte aux libertés individuelles.

Il n'y aura pas maltraitance dans certains faits, en raison des nécessités de service. Si vous arrivez à apporter la preuve que la nécessité du service importe de réaliser un acte, qui normalement ne devrait pas être réalisé, il n'y aura pas maltraitance.

Si, en revanche, vous échouez, tout simplement une pratique qui est faite par débordement, par incompetence, par flegme, par habitude, il y aura maltraitance.

Exemple caricatural :

Si vous avez un patient qui ne peut pas parler, vous frappez à la porte de sa chambre ou vous ne frappez pas. En l'occurrence, il pourra être permis de ne pas frapper, ou si le patient est sous sédatif ou s'il a un traitement qui lui interdit de bouger, ou s'il y a une urgence à entrer dans sa chambre.

Ici, il y a une nécessité du service qui impose d'entrer dans la chambre sans frapper à la porte. Normalement, quand vous voulez entrer dans la chambre d'un patient, vous frappez et vous demandez l'autorisation d'entrer.

C'est le même exemple qui va permettre d'imposer des limitations à la liberté d'allées et venues pour des patients des établissements psychiatriques. Dans des établissements qui accueillent des personnes qui souffrent de troubles psychiatriques ou alors accueillies au motif *d'hospitalisation d'office* ou d'hospitalisation à la demande d'un tiers, il est évident qu'il y aura des limites à la liberté d'aller et venir puisque l'hospitalisation n'est pas consentie.

En revanche, imposer ces limitations en dehors des nécessités du service pour un établissement qui n'est pas un établissement psychiatrique relèvera de la maltraitance.

Quant à la « non assistance à personne en danger, il y a, là aussi, des cas limites, par exemple les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Nous ne sommes pas ici dans un hôpital psychiatrique, dans le cadre d'une hospitalisation d'office, ou de tiers, pourtant il y a une part d'hospitalisation psychiatrique, car, on sait que nous ne pouvons laisser divaguer ces personnes, sinon il y a un risque pour leur santé. On sait néanmoins qu'il faut préserver leurs libertés individuelles.

Il appartient aux personnels, à la direction de mettre en place des procédures pour permettre, le cas échéant, à une personne de sortir et de pouvoir signaler à la police l'absence de retour à l'heure fixée.

Non assistance de personne en danger

Sa limite est simple, c'est : le risque proportionné que vous subissez et vos compétences. Dès lors que vous avez la possibilité de sauver une personne sans prendre de risques proportionnés, et grâce à vos compétences, qui, pour le coup, jouent comme un facteur aggravant de votre responsabilité, il n'y a pas d'infraction à la notion de non assistance de personne en danger. On ne vous demande pas de vous jeter dans les Chutes du Niagara si vous voyez qu'une personne en est prisonnière, en revanche, un accidenté de la route gisant sur le côté, vous devez vous arrêter, a fortiori si vous êtes personnel soignant.

Un patient qui est maltraité dans un établissement de santé, vous êtes des professionnels compétents, vous devriez voir :

- le processus de maltraitance
- le dénoncer
- et comme il n'y a aucun risque disproportionné pour les soignants, si ce n'est une légère mésentente au sein de l'établissement, vous devez dénoncer, et c'est pour cela que je vous ai cité la décision de jurisprudence qui admet l'absence de faute, du fait d'une dénonciation, du fait d'un signalement erroné. Mais attention, pourvu qu'elle ne soit pas abusive, si la dénonciation est injurieuse ou diffamatoire et qu'il n'y a aucune raison de penser qu'il y a maltraitance. Ce n'est pas parce qu'il y a une volonté de dénoncer, de signaler des actes de maltraitance qu'il y aura blanc-seing délivré au salarié.

Carrefour 2

La maltraitance ne nécessite pas la volonté de nuire, c'est un point important. Selon les infractions, il n'y a pas nécessairement volonté de nuire, il n'y a même pas l'intention de nuire, il n'y a même pas, dans certains cas, nécessité d'avoir la connaissance de la dépendance de la personne.

Rappelons-nous que la maltraitance, si elle n'est pas visée directement dans le Code Pénal, regroupe une succession d'infractions visées comme les violences, les vols, les délits, les crimes sexuels.

Dans tous ces actes, il y a des infractions autonomes qui ne nécessitent pas la volonté de nuire et qui ne nécessitent même pas la connaissance d'une dépendance puisqu'ils sont commis indifféremment sur des personnes dépendantes et sur des personnes indépendantes. C'est cela la maltraitance, il y a une myriade d'infractions juridiques.

Dans l'ignorance, peut-on être qualifié de *Maltraitant* ? Ignorer être *maltraitant* ?

Dans la mesure où il n'y a pas volonté de nuire, il n'y a pas conscience de l'acte de maltraitance. A partir du moment où les processus sont mal élaborés, à partir du moment où il y a un processus de maltraitance, avec ou sans volonté de maltraitance, il y aura une infraction au Code Pénal, qui pourra être appliquée.

Mise à part l'infraction d'une personne autonome, le danger de ce type de comportement est que, la plupart du temps, ces actes sont réalisés de bonne foi, en toute conscience, et justement sans volonté de nuire. Toute conscience de la volonté de réaliser l'acte sans comprendre la portée du préjudice à la personne – sans pouvoir donner un sens négatif à l'acte.

Question - Carrefour 3

Peut-on parler de maltraitance envers le personnel soignant, « les risques du métier » - cette expression n'évacue-t-elle pas, entre autre, la question de maltraitance des personnels ?

R. Vous avez raison, bien sûr, de dire que l'on ne peut pas parler de maltraitance envers les personnels. Nous pouvons en parler entre nous. Nous n'irions pas au Tribunal pour une raison très simple c'est que cette maltraitance est peu connue, même si elle est fréquente – sans nier pour autant la souffrance psychologique qui peut être exprimée – Pourquoi ?

Parce que cette maltraitance, telle qu'elle est vue par le juriste, est une maltraitance orientée par la personne qui est dépendante, orientée vers la personne qui est isolée. Un personnel soignant n'est pas réputé être dépendant. Il n'est pas faible. Il n'est pas réputé être isolé. Cela ne veut pas dire qu'il n'est pas faible du fait de sa position hiérarchique, le cas échéant, du fait de la nécessité de soigner, mais cela veut dire aussi, que nous allons sortir de cette appréciation, au travers du prisme de la maltraitance pour entrer dans les catégories beaucoup plus connues d'infractions qui sont qualifiées par le Code Pénal : injures et violences.

Dans ces cas-là, le personnel va effectivement pouvoir remédier à ce genre de difficulté et il est possible de déposer une plainte contre une personne hébergée. Il est possible aussi de prévoir l'exclusion d'un établissement d'une personne hébergée, si le comportement pose des difficultés.

Rien n'oblige à continuer des soins à une personne, sous réserve bien entendu de « non assistance à personne en danger ». Il convient de prévoir, sous réserve d'une certaine nécessité, puisque dans certains établissements médico-sociaux il y a un placement d'office par l'autorité judiciaire, donc pas de discussion possible.

En dehors de ces cas, il est tout à fait possible de prévoir l'exclusion d'une personne.

Conseil : il serait bon de le préciser dans les contrats de séjour ou de prévoir que, dès lors que la prise en charge médicale va nécessiter des moyens, dont vous ne disposez pas, vous allez vous réunir avec la personnes hébergée, ou son représentant, afin de trouver une solution de remplacement. Ou dès lors que le comportement de la personne est incompatible avec les nécessités de la vie en collectivité, ou avec la poursuite de l'hébergement, il y aura une clause d'exclusion qui jouera automatiquement.

2^{ème} point : A titre de témoignage

N'oublions jamais, même si c'est répétitif, d'informer la direction par un courrier, l'informant des actes de maltraitance. Quoiqu'il arrive, il faut toujours prendre acte, vis-à-vis du personnel soignant, bien sûr, de la maltraitance qui est faite sur le personnel soignant. Pourquoi ? Parce qu'il peut y avoir une escalade, un acte malheureux et lorsque cet acte est malheureux, il peut y avoir une recherche de responsabilité et il est bon dans ce cas d'avoir sensibilisé d'autres personnes à titre probatoire, c'est essentiel.

Question

Les Maltraitements envers nos usagers relèvent-elles de tas de gestes au quotidien, insignifiants en soi, mais qui, dans leur répétition, leur multiplicité, humilient les personnes. Que peut-on mettre en place dans nos établissements pour prévenir ces processus de maltraitance. ?

R. Ce que l'on peut mettre en place pour prévenir ces processus de maltraitance :

il y a des choses possibles, réalisables, impossibles à mettre en place. C'est à la direction, aux salariés d'apprécier, c'est un processus de concertation. C'est la direction qui connaît le nombre de personnels disponibles et qui a la maîtrise du budget de l'établissement. Encore une fois, nous nous apercevons que la maltraitance est liée pour une très grande part à :

- ✚ l'absence de personnel
- ✚ l'incompétence du personnel
- ✚ la surcharge de travail du personnel

Il y a des moyens simples de résoudre ces difficultés :

Dire d'engager des personnels supplémentaires, compte tenu des budgets est illusoire Mais nous pouvons tenter de mettre en place des procédures, des vérifications, des concertations, discussions entre équipes pour savoir comment une équipe réagit par rapport à une autre équipe. Le fait même de venir parler de ce sujet aujourd'hui, est en soi un début de processus pour éviter la maltraitance.

Parler entre aides-soignants, infirmiers, médecins, AMP, facilite l'échange (« *Tiens ! tu fais comme cela, moi j'aurais fait de telle manière, etc..* »). Saisir éventuellement le Comité d'Ethique du groupe puisqu'il existe. Saisir la direction du problème, afin qu'elle suscite la réflexion pour trouver des solutions. Prévenir la famille, dans la mesure où le résident n'est plus autonome. Repérer avec elle les procédures qu'elle souhaite voir mises en place, en vérifiant bien que la famille n'est pas à l'origine d'une maltraitance

La réponse n'est pas simple. Tout un processus de management, processus de vérification juridique, processus d'audit des pratiques qui doivent être faits. D'une certaine manière, dans le domaine sanitaire, dans les certifications données par l'ANAES, les experts répondaient non pas à la maltraitance mais à l'amélioration de la qualité.

C'est cela la démarche : améliorer la qualité en permanence, veut dire réduire d'une certaine manière la maltraitance.

Question

Maltraitance envers le personnel. Quels moyens de protection pour les salariés ?

R. Informer la direction

Informez la famille

Informez le Procureur ou la Police, le cas échéant

Mais c'est plus facile à dire qu'à faire.

Où commence la maltraitance ?

Faire prendre conscience en groupe, en débat, réunions de prévention.

Faut-il prévenir systématiquement la Justice ou bien peut-on régler le problème en interne ?

Le soignant peut avoir la sensation d'être maltraité ; le maltraitant agit souvent de façon inconsciente.

Que peut faire la Justice ? Faut-il prévenir systématiquement la Justice ou régler en interne ? Bonne question.

Régler en interne, plutôt non, et pourtant c'est préférable, parce que tout va dépendre de l'importance de la maltraitance.

Par exemple : lors d'un week-end, un problème d'horaires entre la femme de ménage et l'infirmière. Une patiente avait bu un demi verre d'eau de Javel. Transportée d'urgence à l'hôpital, elle s'en sort finalement bien. Il y a ici acte de maltraitance évidemment (violation d'une obligation de sécurité, aucun doute sur l'infraction pénale)

Que faire dans cette situation ? Doit-on en référer à la Justice ?

Non. La bonne solution, c'est de passer comme dans une procédure de licenciement, mais avant de passer à cette procédure, convoquer le salarié par lettre recommandée avec accusé de réception pour prendre acte (c'est-à-dire, faire un écrit en Droit), lui rappelant qu'il y a eu un acte de maltraitance, lui dire que nous allons le convoquer à un entretien pour réfléchir ensemble sur cet acte de maltraitance, l'écouter, et savoir comment nous allons remédier au problème.

A l'issue de l'entretien, à nouveau prendre acte des observations du salarié, pour savoir si des décisions ont été prises, par exemple « *entre 7h et 8h, je ne laisserai pas traîner des gobelets dans les chambres* ». « *Nous avons bien pris acte au cours de notre entretien qu'entre 7h et 8h, vous vous engagerez à ne pas laisser traîner des gobelets dans les chambres du fait des risques encourus* ».

En revanche, s'il y a un acte de malveillance grave, un sévices physique, un sévices sexuel, psychologique grave, un enfermement, il faut saisir la Justice sans tarder. Il faut d'autant plus saisir la Justice qu'il y a urgence et que, à défaut de saisine de la Justice, il y aura bien évidemment responsabilité pour non assistance à personne en danger dès lors que le dommage sera survenu.

Question

Qu'est-il prévu par la loi, dans le cas de maltraitance du soigné envers le soignant ?

R. Ce sont des infractions habituelles, violence de crime, d'injures, de diffamation le cas échéant, qui sont dans les infractions du droit commun.

Question

Quelles sont les limites entre maltraitance et malveillance ?

R. Il y a une limite dans le degré sur lequel je ne me prononcerai pas parce qu'elle relève davantage de la psychologie. Il y a une limite, ou plus exactement une distinction qui doit être faite en Droit : la malveillance est volontaire, la maltraitance ne l'est pas nécessairement.

La malveillance peut être une maltraitance mais toute maltraitance n'est pas nécessairement malveillante. Encore une fois, les nécessités dans les hôpitaux : il y a 10 ans on vous réveillait à 6h du matin pour prendre un petit déjeuner et pas à un autre moment – on ne frappait pas à la porte, on l'ouvrait en disant « c'est l'heure du petit déjeuner ! », on allumait la lumière et vous déposait un plateau sur votre table – c'est un acte de maltraitance – cette façon de faire alors, était faite de manière insignifiante, inconsciente et habituelle.

Question

Le Juge peut-il apprécier les faits en fonction de la disproportion des sanctions ?

R. Il y a une grande palette de peines disponibles. En l'occurrence, le Juge quand il va apprécier la peine à prononcer, apprécie toujours en fonction de la gravité du dommage, de la connaissance du dommage, de la gravité du fait générateur. Les peines citées en début d'intervention sont par principe des peines maximales, ce n'est pas très fréquent.

Prenons l'exemple du gobelet d'eau de Javel. Si le décès du patient avait été avéré, la peine encourue pour le Directeur de l'établissement était de 10 à 15 ans d'emprisonnement, 10 à 15 ans pour la femme de ménage et probablement autant pour l'infirmière qui n'a pas surveillé.

Il est important de préciser que le directeur d'établissement, les chefs de service par délégation, garants du bon fonctionnement du service, vont engager leur responsabilité et, du fait des actes de maltraitance une peine est possible.

Question – Carrefour 8

Au regard de la loi, qu'est devenu le pouvoir d'agir en son âme et conscience ?

R. Le pouvoir d'agir en son âme et conscience c'est l'Alpha et l'Oméga. Aujourd'hui, il est demandé au juriste de régir des situations dans lesquelles il n'a pas d'avis. Peut-il savoir si un malade atteint de la maladie d'Alzheimer, peut divaguer ou pas ? Le juriste a fait dix ans de Droit et pas dix ans de Médecine. Il ne peut pas apprécier cette situation. Le Juge est dans la même situation, ce n'est pas lui qui a prescrit cela, c'est un expert médical.

Comment un expert médical va-t-il apprécier la responsabilité de son confrère ? Toujours de la même façon, c'est-à-dire : placé dans la même situation, avec les mêmes éléments, « *aurais-je réalisé les mêmes actes, dans les mêmes conditions ?* » C'est cela agir en son âme et conscience.

Nous nous plaignons toujours de ne pas avoir de réponse de principe, entre *oui vous pouvez, non vous ne pouvez pas* – Ce n'est pas possible, d'abord parce que la réalité est fuyante. Le Droit intervient toujours a posteriori, une fois que la réalité est consommée et réalisée. La réponse vient de son âme et sa conscience. Vous êtes un honnête homme, averti des débats éthiques, avertis des nécessités du service, nécessités de la prise en charge et qui va prendre sa décision – et cela ne lui sera pas reproché – à condition, toutefois, que dans son for intérieur, il ait mené un réel débat pour peser le pour et le contre.

Un médecin a quasiment un droit de vie et de mort sur un patient. C'est celui qui donne la naissance, qui donne la mort – statistiquement la majorité des décès se déroulent à l'hôpital ou dans un milieu médicalisé – et parce qu'il a ce pouvoir immense, même s'il ne l'utilise pas, il a des interrogations abyssales et il est normal qu'il ait des responsabilités en conséquence. Personne ne peut se substituer au médecin face à son patient et certainement pas le juriste.

Question

Comment transmettre les actes de maltraitance. Dire équivaut-il à dénoncer et ne pas dire à être complice ?

R. *Dire* équivaut à dénoncer, sans ambiguïté oui. *Ne pas dire* équivaut à être complice ; tout dépend de votre implication dans le service, mais il y a un risque.

S'il y a un acte de maltraitance avéré et qu'il y a préjudice grave, comme un décès dans un établissement, même si au début le Directeur, le Médecin Chef de service, comparaissent devant le Juge d'instruction, vous risquez d'être poursuivi.

Car à un moment ou à un autre, l'un comme l'autre diront « *mais je ne savais pas, ce n'est pas moi qui était au contact de la personne. Ce n'est pas moi qui, tous les matins, allais voir si l'hématome était résorbé. Ce sont les aides-soignants qui réalisaient les actes, l'un fermait les yeux sur les actes de l'autre.* »

Comment dénoncer sans formalités particulières :

- Courrier au Procureur
- Courrier à la Police
- Courrier à la Direction

Question - Groupe 9

Jusqu'où aller dans la Bienveillance sans être dans la Maltraitance ?

R. Où est la frontière entre les deux ?

Elle est éminemment variable. Entre les deux, il y a d'une part la nécessité du service, le type de patients pris en charge et, d'autre part, la tolérance de chacun des patients (il y a des patients qui vous demanderont de ne pas frapper à la porte avant d'entrer, d'autres qui exigeront que l'on frappe à la porte). Cela dépend donc des patients, des familles. Il y a des familles pleines de ressources mais qui ont des héritiers cupides, et il y a des patients sans ressources et certains héritiers sont ou seront généreux.



Intervention de Mme Luce JANIN-DEVILLARS

Psychologue - Psychanalyste

Chef de Service Unité de Psychologie du Centre Saint Jean de Dieu de la rue Lecourbe à Paris

Présidente du Comité d'Ethique Saint Jean de Dieu, Province de FRANCE

LA MALTRAITANCE

Il n'existe pas de définition juridique de la maltraitance. La notion même de maltraitance demeure un concept récent. C'est en 1982 qu'un chercheur en Sciences Sociales, Stanislas Tomkiewicz, met en lumière la notion de "violence institutionnelle". C'est une violence qui s'applique d'abord aux enfants et qui sera ensuite étendue aux "personnes accueillies".

En 1987, la Commission du Conseil de l'Europe reprend ces travaux et va donner de la maltraitance la définition suivante : *"La violence se caractérise par tout acte ou omission commis par une personne, s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique, ou à la liberté d'une personne, ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière"*.

Les actes de maltraitance s'inscrivent donc à l'intérieur des délits recouverts par le Code Pénal. Partant de là, et comme il n'existe pas "d'infraction sans texte", chacun d'entre nous va être confronté à une évaluation tout à fait subjective de la maltraitance.

Bien sûr, les coups, les abus sexuels, les injures, nous savons que ce sont des maltraitements car ces faits sont pris dans un cadre juridique mais aussi dans une tradition, des règles éducatives auxquelles nous avons du nous soumettre peu ou prou. Cette maltraitance avérée qui nous vient tout de suite à l'esprit fait que nous ne possédons, finalement, qu'une image d'Epinal de ce qui constitue la maltraitance.

On pourrait dire que cette image là, celle qui nous choque, celle qui nous frappe, au vrai sens du mot, est une "violence en bosse". Pourtant ce sont les "violences en creux" qui sont le plus fréquentes. Qu'est-ce qu'une violence en creux ? C'est un abus qui n'a l'air de rien, une pratique anodine, un geste insignifiant dont les protagonistes diront, à tout coup, si on leur reproche, "Je ne l'ai pas fait exprès".

On peut aussi la nommer une "violence spirituelle" car elle constitue également une tentative d'agression, voire de mort contre l'esprit, le maintien de la conscience, de ce qui continue à donner un sens à l'existence même lorsqu'on est malade, handicapé, âgé ...

Cette violence là est construite de petites exactions, de gestes apparemment anodins, de brusqueries mineures qui, répétés, vont donner le ton sur la manière dont nous considérons l'autre.

Essayons de lister ces gestes par thématiques sans d'ailleurs prétendre à l'exhaustivité car les êtres humains sont, finalement, très inventifs.

Le corps mal traité

Quand la parole fait défaut, le corps représente un des premiers supports de la maltraitance :

- ✓ Au cours de la toilette, un soignant peut faire preuve de brusquerie, ne pas regarder le visage du résident, ne pas lui adresser le moindre message pour témoigner qu'il existe autrement qu'avec sa déficience; il peut faire fi de sa pudeur en le "touchant", sans aucun respect, dans des parties intimes de son corps qui lui rappellent qu'il a aimé, désiré ... Le corps est traité comme un meuble

qu'il s'agit de faire briller. Corps machine, corps support du narcissisme du soignant, il sert à montrer à l'extérieur que le patient est convenablement traité.

- ✓ On peut aussi laisser un résident au lit toute la journée du Dimanche - souvent une personne âgée - parce que ce jour là, l'équipe accueillante est réduite. L'individu est toujours traité comme un objet, un véhicule, par exemple, que l'on remise au garage le week-end faut de conducteur.
- ✓ Les repas représentent un moment où la maltraitance est fréquente. Le résident "doit" manger rapidement (question de temps) et il n'est pas question de déroger à la stricte observance médicale à propos de son régime. "Le docteur l'a" dit même si le simple bon sens indique qu'il est possible de faire autrement.
- ✓ La protection des personnes, leur nécessaire sécurité entraînent également de drôles de pratiques : on les ligote sur leur lit, on les attache sur une chaise, on leur interdit de bouger de leur chambre !
- ✓ En termes de besoins les résidents "font" comme ils peuvent et, parfois "où" ils peuvent. Alors on leur met - systématiquement - une couche ou des bavettes. Tout le monde n'en a pas besoin mais c'est plus pratique.

Le monde ouvert ou fermé

- Il est parfois nécessaire de fermer la porte d'une chambre par souci de protéger son occupant, pour qu'il se repose, par pudeur mais la tenir close en permanence c'est aussi cadenasser ce qui lui permet de se maintenir dans la lumière, le bruit du monde, le mouvement des uns et des autres. Une porte ouverte nous enracine dans l'humanité et nous permet de "suivre des yeux" les pas et gestes que nous n'arrivons plus à réaliser car nous sommes cloués sur notre lit.

- A contrario, une porte perpétuellement ouverte, ce qui est beaucoup plus commode pour surveiller toutes les chambres d'un couloir, assigne le résident à être, en permanence, exposé. Moralement dénudé, interdit d'intimité, il ne lui reste plus qu'à prendre la posture d'une statue ou à gratter ses plaies en public dans une posture exhibitionniste qui lui sera peut-être reprochée.

- Quand on rend visite à quelqu'un, en principe, on appuie sur la sonnette, on frappe à la porte. Dans les institutions, pas toujours, on est pressé, habitué. De toutes les façons on sait bien qu'on rentrera. Lorsque le corps est défait, quand l'esprit bascule, les serrures de l'intimité ne tiennent plus. A vrai dire, souvent, on frappe quand même, par habitude et on rentre ... sans attendre d'y être invité. On accède au monde du résident comme on pénètre dans un moulin car on connaît déjà la réponse. Dépossédé de son espace, l'accueilli est devenu la propriété de l'accueillant.

- Une fenêtre comme une porte doivent être ouvertes ou fermées. Chez nous, à la maison, nous en décidons au gré des nécessités ou de nos humeurs. A l'hôpital, à l'hospice, nécessité fait loi. Il faut aérer ou, au contraire, "garder la chaleur". Alors le soignant, moi, vous, décrète, le chaud ou le froid, la buée ou la mauvaise odeur, il ouvre ou il ferme ... comme un geôlier. Encore heureux si l'équipe ne décide pas de changer le résident de chambre sans l'avertir.

Parler mal

- Les personnes âgées radotent souvent. On connaît leur discours par coeur, ça fait râler le soignant qui n'en peut plus, mais, c'est le combat du siècle : râlage contre radotage. Hélas on oublie que radoter c'est se rapporter au passé, se souvenir, se tenir en vie. La relecture de son histoire redonne du corps et de l'esprit à celui dont l'existence s'est réduite.

Car la remémoration permet de continuer à conférer du sens à une existence qui en a perdu faute d'activité, de sollicitations. Laissez-moi radoter en paix pour vivre.

Certains soignants donnent parfois des surnoms aux résidents : Mickey, la Vieille, Nounours, la Terreur, Poupée Barbie ... Ces sobriquets ne sont pas toujours péjoratifs, du moins en apparence. Ils renvoient aussi à des qualités spécifiques, un comportement particulier.

Les sobriquets constituent d'ailleurs le terreau des noms propres d'aujourd'hui. Mais, précisément, en ne nommant pas les gens par leur nom d'usage, on oublie que le nom "propre", au sens du "à soi" est constitutif de l'identité. Qu'il donne de la valeur à l'être en le personnifiant - soit en lui conférant toute sa dimension de personne.

Nommer, c'est aussi faire exister. Le sobriquet, quand il sonne "gentiment" (*ma p'tite mémé*), renvoie à l'enfance, aux "petits" noms, aux douceurs de la langue maternelle lorsque le tout-petit écorche encore les mots et quand les parents, en utilisant l'allitération pour dire un prénom, veulent marquer leur manière de parler comme l'enfant.

Utiliser le surnom, pour évoquer un adulte, constitue, donc aussi, une manière d'affirmer que la maladie, la retraite, le handicap renvoient ou maintiennent les êtres humains dans un interminable état d'enfance.

Comment comprendre les individus qui, dans les équipes, désignent les résidents par un numéro : changer les draps du 5, apporter le bassin au 12. Plus fréquent à l'hôpital, semble-t-il, ce mode d'appellation marque peut-être la brièveté du séjour, la nécessité de faire avec un *turn over* régulier et générateur de perte pour les soignants.

Le tutoiement doit aussi être manié avec précautions. En France, il est d'usage de tutoyer les enfants jusqu'à ... un certain âge. Adolescents et jeunes adultes, selon leur style, leur présentation, leur degré de maturation ... et ceux du soignant seront tantôt tutoyés, tantôt vouvoyés. Le « tu » témoigne encore de la qualité d'une relation. Il dit, en principe, notre plus ou moins grande proximité avec l'autre.

Mais il en appelle également à des rapports hiérarchiques, celui du maître et de l'élève, du patron et de ses ouvriers. En même temps, le tutoiement s'est beaucoup banalisé. Dans les entreprises, les salariés se tutoient généralement mais - généralement aussi - par classe sociale de niveau. Les cadres tutoient les cadres mais pas leur assistante.

Le tutoiement d'un résident nécessite donc des précautions, une réflexion. Cela ne va pas de soi.

Dans les institutions, les hôpitaux, il arrive qu'on parle des occupants à la troisième personne ("Elle a bien pris ses comprimés"? "Il a fait son pipi, maintenant il se couche") ... exactement comme si les gens n'étaient pas là !

Quelquefois on s'adresse au patient directement mais, en réalité, on fait comme s'il n'était pas là. On s'esclaffe en lui demandant s'il entend toujours la voix de sa soeur (noté dans un hôpital psychiatrique). On lui dit, s'il demande quelque chose qui nous ennueie par exemple, qu' "Il n'a plus toute sa tête".

Transfert et dépendance

On infantilise les patients, on réduit les résidents, on abuse de son autorité, de son savoir sans le vouloir souvent, en n'en prenant pas conscience souvent parce que la relation d'aide, quelle que soit la place que nous y occupons (médecin, infirmier, éducateur, aide-soignant, etc.) est, par nature, une situation de dépendance.

On pourrait noter que la dépendance fonctionne dans les deux sens puisque, sans personnes âgées à soutenir, sans handicapés à éduquer, sans malades à soigner, les professionnels seraient au chômage. Dans les faits, la plupart du temps, elle ne fonctionne que sur un seul mode : d'un côté, il y a un professionnel qui "sait" ce qui est bon, juste, adapté à celui dont il a la charge, de l'autre il y a quelqu'un de déficient, de "mineur" (celui qui est plus petit, moindre, inférieur).

Ce qui nous ramène à une situation parentale, celle où l'enfant dépend de son père et de sa mère. La relation soignante engage le professionnel, malgré lui, en dépit de ses convictions, malgré son éthique, dans une inversion des rôles. Elle le renvoie à ce qu'il était lui-même petit devant ses propres parents.

Face aux adultes, le petit enfant est faible, démuné, il doit se soumettre même s'il lui arrive aussi de se révolter. La soumission, l'acceptation des exigences éducatives lui assurent l'estime et l'amour de ses parents.

L'adulte en difficulté se retrouve dans la même situation. Il est placé dans la nécessité d'obéir (accepter les règles de l'établissement), de faire confiance (prendre le traitement prescrit) à des personnes qui ont décidé pour lui, la plupart du temps à raison, de ce qui lui convenait.

Cette situation d'inversion entraîne de la part du résident la tentation de se soumettre complètement, comme quand il était petit, et pour le soignant la tentation, plus ou moins consciente, de retourner la situation.

Petits, nous encaissons des frustrations régulières. La socialisation est à ce prix-là : reconnaître qu'on ne peut pas faire ce qu'on veut, où on veut, quand on veut. On s'en arrange, on grandit, on refoule les claques, les petites humiliations et les grandes vexations de notre enfance, on devient parents à notre tour de nos enfants comme de ceux que nous accompagnons à un titre ou à un autre.

C'est tentant de se défouler sur un résident, un patient. On croit que "Ce n'est rien", on se dit "*Je ne l'ai pas fait exprès*" et aussi "*J'ai pas le temps, on manque de personnel*" ... Il y a longtemps qu'on a oublié ses propres parents ou qu'on a fait la paix avec eux. On se sent apaisé, pacifié, professionnel jusqu'au bout des ongles. Alors pourquoi crier régulièrement sur des personnes âgées parce qu'elles ne mangent pas assez vite ? Pourquoi laver un handicapé à la va-vite, sans lui parler, sans le regarder comme s'il était un objet ?

Parce que l'autre ce n'est ni Monsieur Dupont, un retraité, ni le jeune A.

Un handicapé, c'est un écran blanc sur lequel nous projetons notre roman familial, notre petit cinéma personnel. Dupont ou A, partiellement, sont des supports qui servent de cible au défoulement de ce qui a été refoulé. Ils remplacent les acteurs initiaux, les vrais protagonistes de l'histoire.

La maltraitance, c'est la revanche de l'enfant, de l'adolescent, de l'adulte parfois, vis-à-vis de ce qu'il a lui-même subi. Du coup, quand un résident est maltraité, il représente aussi bien un protagoniste de notre histoire à qui nous faisons payer l'addition, l'enfant malheureux, frustré que nous avons été.

Maltraitance/bientraitance

Depuis peu, dans les instances de réflexion, les tutelles, on évoque, pour aborder la maltraitance, la notion de "promotion de la bientraitance".

Comme si en évacuant le suffixe *mal* on évacuait le mauvais, comme si on pouvait faire l'impasse sur ce qui sous-tend cette pratique : les rapports de force entre personnes, la relation dominant/dominé avec ses bénéfices secondaires (pour le maître comme pour celui qui se soumet), l'absence d'égalité entre les personnes dans la plupart des situations (le soin, l'accueil, le monde du travail ...), malgré un discours qui promet le contraire.

La langue de bois du politiquement correct, portée à son paroxysme, sans tenir compte des pulsions, nous fait croire qu'il suffit de parler d'une chose pour que celle-ci soit. Nous sommes souvent dans la toute-puissance de la pensée, la pensée magique. Celle des premiers hommes qui, en dessinant un aurochs sur les murs de leur caverne, tentaient de s'assurer ainsi la possibilité de le chasser.

Or, la maltraitance résiste aux imprécations. Elle n'est pas soluble dans la bonne conscience. Elle contourne les procédures, reste impavide devant les grilles d'évaluation. Elle s'appuie sur l'habitude (on a toujours fait comme ça), la loi du silence (on ne dénonce pas un collègue), les rationalisations (on n'a pas le temps), les convictions personnelles (chez moi on a toujours traité les enfants, ou les vieux, ou qui vous voudrez, comme ça).

La maltraitance est toujours possible même quand on y pense régulièrement.

ECHANGES avec Mme JANIN-DEVILLARS.

Comment ne pas être maltraitant ?

R. On peut être rattrapé par son histoire. En général, si nous ne sommes pas maltraitant, si nous ne sommes pas pervers, et il y a des pervers, ou sous l'effet de la fatigue, du débordement, en terme de

quotidienneté professionnelle on va se relâcher, se laisser aller et avoir des effets de sympathie et d'antipathie.

Autrement dit, dans une institution, nous constatons que ce sont souvent les mêmes personnes qui sont maltraitées parce que nous ne les trouvons pas belles, pas drôles, pas attrayantes. La question de la séduction, du charisme, de ce que dégage une personne, est importante en raison de ce qu'on appelle le transfert ou « l'amour de transfert » qui se passent entre deux personnes et vont faire que c'est plutôt une telle, ou une telle, qui sera maltraitée à un moment donné, car, elle ne dégage pas suffisamment de sympathie ou parce que, nous, nous sommes rattrapés par notre propre histoire.

Alors nous pouvons être sûrs de nous, avec des notions bien ancrées du bien, du mal, un respect des convenances, une éthique personnelle, une morale et, à certains moments, être confronté à des manques. C'est très difficile de passer une vie entière de soins, d'accompagnement sans fractures, sans failles.

Comment réagir face à l'attitude agressive d'un patient, face à celle d'un salarié ? L'agressivité par le regard est fréquente.

R. Si l'agression d'un résident ne passe que par le regard, nous pouvons nous abstenir de réagir, si nous avons suffisamment de bonne distance avec lui. Ce qui fait qu'il y a des tensions entre les personnes, ce qui fait qu'il y a des conflits, que ce soit entre résidents ou entre soignants/soignés, c'est parce que nous manquons souvent de distance avec l'autre. Nous sommes collés à sa susceptibilité, à sa tension du jour, à l'idée que l'on se fait de notre propre fonction. Autrement dit, il y a quelqu'un qui s'adresse à nous d'une certaine manière, qui nous parle d'une certaine manière et au lieu de se dire que ce n'est pas très important, qu'on ne joue pas forcément sa vie, nous allons avoir immédiatement une réaction agressive.

Maintenant, il y a de la part des soignés, des pulsions agressives qui dépassent parfois largement le cadre du regard. Nous savons bien que dans les institutions nous pouvons nous faire agresser.

Comment fait-on pour contenir la violence ?

R. Appeler quelqu'un – ne jamais rester seul en présence d'un ou de patients dont on sait qu'il(s) présente(nt) des facteurs de dangerosité, tout en sachant aussi, que nous ne pouvons pas tout maîtriser.

Parfois, nous sommes pris dans des situations complètement inattendues qu'il faut gérer dans l'urgence. Il est très important de garder, en tête, l'idée que nous travaillons en équipe, en transversalité, et que nous ne sommes pas seuls. Nous ne sommes pas tout- puissants, tenus de gérer tout, tout seul. Souvent, nous nous mettons en position de danger parce que nous nous disons « *je vais y arriver seul* ». C'est faux, nous travaillons dans une institution, dans laquelle il y a des compétences et il faut utiliser les compétences de tout le monde.

Réflexions au sujet des

- **Notions d'attention de conscience**
- **Notions dominant/dominé**
- **Relativisation du discours de ce matin en le plaquant sur la réalité quotidienne**

R. Sur le vécu antérieur, il ne faut pas dire systématiquement : « *il s'est passé cela et c'est la raison pour laquelle telle personne est maltraitante* ». En même temps, cela ne tombe pas du ciel, il y a forcément un sens à donner à une attitude de maltraitance quand elle est répétitive. Si elle arrive un jour de façon ponctuelle, ne nous prenons pas la tête, ne faisons pas forcément une psychanalyse approfondie. Cela dit, quand nous avons affaire à quelqu'un de l'équipe, ou en dehors de l'équipe, et qu'on s'aperçoit que ce quelqu'un a systématiquement vis-à-vis des personnes, ou d'une personne en particulier, une attitude ambiguë, voire maltraitante, on peut se poser des questions et essayer de l'interpeller là-dessus, c'est-à-dire, attirer son attention sur ce qui se passe.

Le rapport dominant/dominé

C'est le fond de la question. Nous le trouvons au niveau des soignants vis-à-vis des soignés, entre les soignés au sein des équipes, dans des rapports de hiérarchie, de service, de direction, là où, quelles que soient les compétences des responsables, quelles que soient les qualités des personnes, il y a un certain nombre de gens qui sont pris dans cette espèce de dévotion au pouvoir.

Il est très tentant d'user, d'abuser de sa position hiérarchique, c'est presque malgré soi. Nous voyons souvent des gens compétents, sérieux, remarquables d'un contact agréable se retrouver en position de maîtrise avec un poste important qui, du jour au lendemain, décompensent et deviennent cassants, maltraitants. C'est le principe de Peter : on a dépassé son seuil de compétence.

il faut ne pas trop donner de responsabilités à certaines personnes parce que cela les déstabilise.

Réflexions sur les pratiques quotidiennes, les moyens mis en place, l'organisation

Il faut rester conscient et s'interroger en permanence sur le sens de notre pratique, s'efforcer de maintenir un cadre sans que ce cadre freine la créativité. Ne pas se retrancher derrière le manque de temps, le manque de personnel, toutes les obligations contraignantes, pour dire « *on ne peut pas faire autrement* ». On peut toujours réfléchir à comment faire autrement et cela devient une petite victoire – mais une victoire pour l'autre, parce que nous sommes là pour l'autre.

Réflexions :

- **Sommes-nous tous des maltraitants ?**
- **Maltraitance et culpabilité**
- **Maltraité et bien traité**
- **Y a t il des maltraités heureux ?**

Y a t il des maltraités heureux ?

Il y en a certainement parce que dans le rapport dominant/dominé, dans le soin, dans la relation d'aide, il y a une dépendance, une connivence.

Oui, il y a des maltraités heureux, mais heureux, a contrario, dans ce rapport de jouissance que procure le fait de souffrir.

Nous avons des idées arrêtées sur les êtres humains. Autrement dit, nous pensons qu'ils veulent tous être heureux. Qu'ils comprennent la nécessité d'un régime, celle de ne pas boire, de ne pas fumer, tout ce qui serait bénéfique à leur santé..

La réalité est toute autre. Les gens se démolissent avec un immense plaisir, en fumant trois paquets de cigarettes par jour, en buvant trois bouteilles de vin, etc. Ils déploient une énergie absolument formidable pour se détruire. La pulsion de vie est une espèce de fil sur lequel nous faisons de l'équilibrisme.

Sommes-nous tous des maltraitants ?

A un moment ou à un autre, même si nous sommes bardés de morale, de conscience, si nous sommes aidés dans l'institution, si nous parlons entre soignants, il peut y avoir des moments de tension, de fatigue qui nous feront déraiser. Quand nous sentons que nous allons mal, que cela risque de dégénérer, il est important de pouvoir le dire, de façon paisible, aux personnes qui nous entourent et cela nous amène tout naturellement à la culpabilité, c'est-à-dire ne pas se sentir coupable d'avouer « *Je suis fatigué, je suis épuisé* » et puis aussi avouer « *Cette résidence la, je ne peux pas m'en occuper* ». Cela arrive.

Il est difficile de le reconnaître, mais il existe des personnes avec lesquelles nous sommes plus facilement dépassés. On peut en parler, se rassurer. Cependant, il n'empêche qu'il y a des inimitiés spontanées qui peuvent s'exacerber si nous n'avons pas assez travaillé sur nous.

Maltraitance et culpabilité :

Il y a certainement de la culpabilité à maltraiter, comme, en même temps, il peut y avoir un certain plaisir à le faire. On se retrouve à cheval entre deux tendances :

- Se faire plaisir en maltraitant, s'engager dans la transgression, une sorte de perversion.
- Se sentir coupable, et éprouver cette culpabilité qui est un des fondements de la morale. C'est parce que l'on se sent coupable que l'on peut arrêter.

Dans la perversion – il y a beaucoup de pervers en institution, beaucoup de gens qui « débordent » Des petits pervers qui font ce qu'ils veulent, quand ils veulent, laissent les résidents dans leurs couches, etc..

Tout ce qui constitue « le je fais ce que je veux, ou je veux quand je veux », les petites perversions sont déjà engagées dans un certain désordre psychique, car, pour s'intégrer dans la communauté humaine et, bien sûr, pour travailler dans une institution, il faut de la culpabilité, il faut pouvoir faire des erreurs, des bêtises, pouvoir être anxieux et se dire « je vais me faire engueuler, me faire taper sur les doigts, je me sens mal ».

Parler d'un résident devant un autre résident

Dénoncer un collègue pour maltraitance, comment continuer à travailler avec ce collègue ?

Parler d'un résident devant un autre résident est une tendance assez naturelle qui consiste à objectiver les gens. Nous parlons de son cas devant lui comme s'il était sourd, voire absent, nous l'annulons.

Comment travailler avec un collègue dont la pratique de maltraitance est avérée et a été dénoncée ?

Une tendance assez naturelle consiste à maintenir la « loi du silence » c'est l'omerta, on fait comme si rien n'était. On parle d'autre chose et puis on n'en parle plus.

Une autre tendance consiste à s'appuyer sur ses propres convictions morales, c'est-à-dire sur un jugement de valeurs en se disant « *Ce qu'il a fait n'est pas bien, moi je n'ai plus envie de travailler avec lui/elle* », et donc de l'ostraciser et le mettre dans une position où l'autre ne pourra plus avancer.

Il n'est pas plus moral d'ostraciser une personne qui s'inscrit déjà dans une souffrance morale – souffrance personnelle, souffrance au travail.

Son sentiment de culpabilité va s'approfondir, et elle ne pourra plus avancer sans le soutien de l'équipe.

En même temps comment faire l'impasse sur nos propres valeurs, nos propres convictions ?

Comment travailler avec quelqu'un dont les comportements nous ont paru aberrants à un certain moment ? Peut-on aller lui parler ? Peut-on encore lui parler ?

A partir du moment où une personne maltraitante n'a pas été changée de service, ou licenciée, nous deviendrons à notre tour maltraitants si nous l'ostracisons, si nous la rejetons.

Confrontés à cette situation, nous pouvons nous montrer légalistes, rigides, mais nous pouvons, aussi, lui tendre la main. Gardons-nous d'être maltraitants nous-mêmes !

Comment travailler avec la famille ?

Était-elle au courant ? A-t-elle contribué, elle-même, par son silence, par sa dénégation à la maltraitance du jeune, de la personne âgée ?

Comment vit-elle ce signalement qui est une intrusion de la justice, de la judiciarisation dans son espace privé, parce que la famille est un espace privé.

Cette famille nous confie un proche, un enfant. Il y a une maltraitance, un signalement est fait et, c'est le déclenchement de la machine judiciaire et administrative, avec parfois une enquête de police, le Procureur, avec tout ce que cela comporte d'angoisse, d'intimidation pour certaines familles qui ne sont pas habituées à ces instances administratives (familles d'immigrés par ex.). Cela réveille des fantasmes :

« *Que va-t-on faire de nous ?* »



Intervention du Père Bruno-Marie DUFFE

**Docteur en philosophie,
Professeur d' éthique sociale et médicale
Délégué Episcopal pour la pastorale de la santé.
Diocèse de Lyon
Aumônier du Centre anti-cancéreux de Lyon**

Merci de vos paroles chaleureuses, et bienvenue à tous. En venant ce matin, je me disais que cette maison est devenue pour moi un lieu désormais familier et j'avais de la joie à venir.

Celui qui vous parle est prêtre du diocèse de Lyon, depuis 25 ans. Après avoir assumé un certain nombre de tâches pastorales, j'ai été chargé depuis quelques années d'enseigner dans le domaine de l'éthique.

Cela m'a amené à approfondir un certain nombre de réflexions que nous avons partagées, ici, à deux reprises, autour des questions de responsabilité. S'il fallait faire court, on pourrait dire que réfléchir en éthique, c'est essentiellement essayer de voir comment nous assumons nos responsabilités dans les pratiques professionnelles et dans nos choix quotidiens.

Cela m'a permis d'articuler un certain nombre de lieux de la réflexion, de la philosophie, d'où je viens d'abord, de la théologie ensuite et enfin du droit. J'ai été directeur de l'Institut des Droits de l'Homme, de Lyon, pendant six années, pendant lesquelles j'ai essentiellement travaillé la question de la protection des personnes vulnérables.

Après une année dite « sabbatique » au Québec, je suis revenu à Lyon. Actuellement, je suis aumônier du Centre Anti-cancéreux Léon Bérard, où je passe la moitié de mon temps, et où j'assume plusieurs missions : une mission d'écoute des patients et des soignants, mais aussi une mission de formation à la démarche éthique, pour les médecins et les soignants. En plus de ce lieu très particulier, qui cristallise, comme vous pouvez l'imaginer, un certain nombre de questions dans l'ordre de la recherche, des traitements, de la décision médicale, mais aussi de l'accompagnement des personnes en fin de vie, je suis impliqué dans plusieurs comités d'éthique à Lyon.

Récemment, parce que les choses vont souvent en amplification, je viens d'être nommé Délégué Episcopal à la Santé pour le Diocèse de Lyon. Je suis donc dans un travail d'écoute des personnes mais aussi de coordination de ceux qui sont en responsabilité, (Aumôniers d'hôpitaux, soignants, étudiants en médecine, personnes handicapées.

J'essaie de faire un peu de lien dans ces réalités et dans ces histoires. Je poursuis, par ailleurs, un certain nombre d'enseignements sur le terrain avec des hommes et des femmes qui sont impliqués dans les démarches de soins, d'accompagnement, de réinsertion, et depuis trois ans, je participe, comme expert, aux travaux d'un Organisme de Professionnels de Santé de la Région Rhône-Alpes pour les questions de maltraitance.

Ce que je voudrais vous proposer, à partir de la demande qui m'a été faite, c'est une réflexion un peu fondamentale sur :

- **la violence,**
- **les situations de violence,**
- **les actes de violence,**

tels que nous pouvons les vivre au jour le jour, dans nos institutions et dans la vie sociale, en essayant de travailler à une distinction des expériences que nous pouvons avoir à propos de cette violence au quotidien.

Ensuite je voudrais vous proposer plusieurs entrées dans ce que j'appellerais une compréhension des attitudes violentes. Car si nous voulons essayer d'approfondir cette question : « Violence et Maltraitance » et si nous voulons retrouver, réactiver une réflexion, en terme de dignité des personnes, il est important que nous ayons d'abord une attitude compréhensive. Quand j'utilise ce terme, je ne veux pas dire que nous acceptons tout ce qui se passe, toutes les dérives, toutes nos dérives. Il ne s'agit pas de cela, il s'agit plutôt de mieux comprendre, pour être plus vigilant, et en étant plus vigilant, viser à être plus responsable.

Enfin, j'aimerais vous proposer de construire une pensée de la présence, face à la violence, face aux violences qui parfois nous envahit, dont nous sommes victimes de la part de personnes qui viennent à nous, dont nous avons parfois la responsabilité ; de la part de personnes avec lesquelles nous travaillons, de la part de la société et des Institutions .

Comment être présent, c'est-à-dire comment respirer et tenir bon ? Cela m'amènera à quelques réflexions que je puise dans la mémoire chrétienne qui est la nôtre.

La violence

Pour commencer j'aimerais vous lire quelques lignes d'un ouvrage récent, de Maurice Bellet, « **La traversée de l'en bas,** (Bayard 2005)». C'est un livre, un peu aride, dans lequel j'ai trouvé ces lignes: « *Quelle parole peut venir jusque là, parmi l'immense bruissement des paroles humaines, les milliards et les milliards de mots qui s'échangent chaque jour, les conversations, les livres, les journaux, la télé, Internet et tout ce qui s'entend et se redit depuis mille ans, deux mille ans, dix mille ans peut-être, dans l'énorme masse de ces dires humains, peut-il y avoir une parole qui soit pour l'homme d'en bas. (l'homme qui est enfermé dans sa violence ou l'homme qui est blessé par la violence) Il ne saura pas ce qu'elle dit, il n'aura pas l'ambition des érudits, des enseignants, des thérapeutes, il ne saura pas ce qu'en profondeur cette parole enveloppe ou délie, mais il saura ce qu'il entend, il saura ce qu'il entend en bas, et ce qu'il entend c'est « tu peux vivre »*

Rien de l'horreur qui te recouvre ne dit ta vérité ; la honte, la haine et la peur où tu habites ne sont pas tes vraies demeures. Cette parole-là, la très grande parole humaine et plus qu'humaine, elle circule parmi nous, perdue et retrouvée, inouïe et déjà dite, d'une simplicité nue et d'une richesse inépuisable Cette parole dit : « Il n'y pas d'homme condamné. »

Il n'y a pas d'homme condamné, combien de fois ai-je écrit cette phrase ? Combien de fois ai-je eu besoin de l'entendre pour moi et pour d'autres que moi. Que quelqu'un l'écrive sur les pubs du métro, que quelqu'un la chante à la télé, que quelqu'un soutienne gravement une thèse sur ce sujet là :

« que ce lève cette aurore, car il n'y a pas d'hommes condamné. » page 64 et 65.

alors que, toujours, tout peut être sauf, il suffit que naisse au monde la parole qui transperce la mort, un mot, un regard, et c'est fait. La ténèbre part comme la fumée que le vent emporte, le grand vent. »

Quelques phrases pour dire que ce dont nous parlons, c'est de la possibilité de parler encore, par delà la violence. Ce dont il nous faut parler c'est de la possibilité d'inventer encore une présence par delà, et parfois au cœur des conflits, des tensions, au cœur des agressions, dans lesquelles nous pouvons être entraînés. Y a t il une parole encore possible ? Voilà la question. Et nous savons que, pour beaucoup de personnes que nous croisons, dans les accueils d'urgence, dans les services psychiatriques, la grande question c'est : Y a-t-il quelque chose que nous pouvons dire ? Y a-t-il une parole possible ?

Nous pouvons encore vivre ensemble

Dans les milliards et les milliards de paroles prononcées dans la journée, y a-t-il une parole qui puisse casser la logique de l'enfermement, qui dise à quelqu'un : « tu n'es pas condamné, tu peux vivre » ou encore : « nous pouvons encore vivre ensemble ».

Dans une Première série de réflexions, il importe de préciser de quoi nous parlons lorsque nous parlons de violence et de maltraitance ?

Il est très important que nous précisions notre sujet. J'imagine que lorsque cette question vous est posée, vous avez en mémoire l'expérience de la confrontation à des attitudes, à des comportements agressifs que nous qualifions de **violences**.

L'expérience de la pression d'une personne sur une autre, mais aussi l'expérience parfois de perte de repères, y compris de perte de repères dans la relation : lorsque nous accueillons quelqu'un qui est désorienté, socialement parlant, qui est envahi par la solitude ou par l'angoisse, les ancrages et les repères, sont-ils fragilisés et nous avons de la peine à savoir comment nous allons pouvoir établir une relation.

Ce peut être aussi l'expérience de la surenchère. Nous avons tenté d'établir une relation avec quelqu'un, et puis voilà que nous sommes, à certains moments, engagés avec la personne, dans une logique de chantage ou de surenchère. De manière générale nous sentons que nous vivons une mise en cause de la parole du fait de l'angoisse, la question est alors : que faire ? Comme si ces situations nous mettaient à l'épreuve et mettaient à l'épreuve « l'entre deux », ce que les philosophes appellent l'intersubjectivité, c'est-à-dire le rapport structurant de la reconnaissance entre des sujets.

Essayer de comprendre, c'est essayer de comprendre le paradoxe des situations violentes, ou des situations d'agression. Essayer de comprendre le paradoxe suivant : dans toutes les situations de violence et dans tous les comportements violents, il y a un « **je veux vivre** », quelqu'un qui vous dit : « **je veux vivre** », (d'ailleurs dans violence il y a le mot **vie**) et l'autre versant du paradoxe c'est un « **je** » qui a de la peine à se faire entendre et qui force la médiation, qui force le passage, (dans violence, il y a **viol**.)

Les situations de violence

Vie, puissance de vie, demande de vie et, en même temps, passage en force. Si j'approfondis un instant ce paradoxe, si je l'amplifie un peu, je dirai que la question de la violence pose fondamentalement la question du rapport entre le « **je** » et le « **nous** ». Et, peut être, plus radicalement encore, la question du « **je** » et du « **tu** ». Je dirai pour clarifier mon propos, qu'il n'y a pas de « **je** » sans « **nous** », et que lorsque nous n'arrivons pas à être reconnu comme « **je** », nous allons crier que nous sommes là, nous allons forcer les chemins, les barrages, les portes, les lois, nous allons forcer les limites, de manière générale pour dire au « **tu** » et au « **nous** » : **est-ce que tu te souviens que je suis là ?**

Cela nous le vivons chacun. Ce ne sont pas seulement les autres, ceux qui sont fragilisés par la vie, par la société, précarisés, ce ne sont pas seulement eux qui sont violents, nous - mêmes, quand nous demandons à être reconnus dans nos compétences, quand nous faisons l'expérience de la méconnaissance et que nous disons : « **enfin, quand est-ce qu'ils vont comprendre que je suis capable ?** » A l'intérieur de nos institutions nombreux sont ceux qui vivent ce sentiment.

Un « **je** » qui ne trouve pas un « **tu** » reste seul, le « **je** » sans « **nous** », c'est l'expérience de la solitude. Et il faudrait dire pour pousser ce paradoxe jusqu'à son terme, qu'un « **nous** » sans « **lui** », c'est un « **nous** » qui est seul aussi. Réfléchissons à ce que cela veut dire : un « **je** » qui ne trouve pas un autre, ou qui ne trouve plus un autre, un « **je** » qui ne trouve plus les autres ou qui ne trouve plus dans l'autre, dans les autres, une écoute, ce « **je** » reste seul et comme le disait très justement Luther : « *l'homme qui fait l'expérience de la solitude pense toujours au pire* ». Un « **nous** », c'est-à-dire une collectivité, une communauté, une société qui pourrait se passer d'un homme est un « **nous** » qui serait aussi dans la solitude, l'un de ses membres lui manque.

Dans cette approche compréhensive des situations de violence, je voudrais dire, de manière plus concrète, que toute attitude de violence peut être un message codé, qui cherche comment se dire et qui, faute de le dire avec des mots, le dit avec les poings ou dans la revendication agressive. Lorsque ni les mots, ni la revendication ne peuvent prendre forme, l'attente peut en venir à se dire dans l'auto-agression.

Bien évidemment, dans ce travail de compréhension, qui est un ajustement aux situations, essayer de comprendre, ce n'est pas excuser, ce n'est pas pardonner, on ne peut que dire ce n'est pas très grave, c'est parfois grave.

Essayer de comprendre c'est s'interroger où sommes-nous ? d'où venons-nous ? comment se fait-il que nous en soyons là ? et, évidemment, que pouvons-nous faire ? Ce sont les questions que l'on se pose en éthique, et cela nous oblige à entrer un peu dans le détail de ce que nous appelons généralement : **la violence**.

Une chose est l'agression, l'attitude agressive, l'agression par la parole ou par l'acte, une autre chose est la contrainte, une autre chose est l'angoisse liée à une domination ou à une institution qui perdure, qui s'inscrit dans le temps.

Une fois faites ces réflexions introductives, j'ajouterai qu'il est important de donner de l'ampleur à chacun des phénomènes et je vous proposerai sur ce point, quatre entrées possibles, une sorte de boussole : quatre points de repère pour mieux comprendre ce qui se joue dans les situations de violence et dans les comportements de violence :

- **la peur**
- **la frustration**
- **l'autorité, le pouvoir**
- **l'espoir, le désespoir ou le non espoir**

Ce n'est pas souvent par la peur que l'on entre dans les situations de violence, on y entre souvent par la question du pouvoir ou par la perte de pouvoir.

Essayons de comprendre les rapports entre peur et violence. Je suis sensible, quand nous analysons un certain nombre de comportements au fil rouge du, « *je veux vivre et j'ai de la peine à me faire entendre, je suis là et personne n'est là pour m'entendre* ».

Parmi les peurs qui, sont sources de violence et parfois de maltraitance, il y a la peur de l'inconnu ou la peur de l'inconnaissable. Lorsque l'on ne parvient pas, dans une situation, à éclairer la situation, lorsque nous sommes dans l'impossibilité de savoir où nous allons, ce que sera le pas suivant, on est dans une sorte de sidération, caractéristique de personnes qui ont peur. Et lorsqu'on essaye d'écouter cette angoisse et de construire un récit, on se rend compte que c'est l'inconnu qui paralyse, on reste paralysé, ou bien on force les médiations, on force l'inconnu. Ce n'est peut être pas tant celui qui est en face de nous qui nous hante, que cette angoisse de ne pas savoir, de ne pas pouvoir envisager un horizon, même à courte durée.

Qui es-tu ?

Nous pourrions dire aussi que c'est la peur de l'autre ; une des grandes questions que la philosophie sociale et politique se pose en permanence, c'est la question du sujet et de l'altérité.

Dans la question de la violence, il y a la question de l'identité et de l'altérité qui est posée en permanence : Qui es-tu ? Es-tu pour moi un ami ou un ennemi ? Es-tu pour moi quelqu'un, grâce à qui, je vais pouvoir exister en complémentarité, main dans la main ou dois-je te redouter ?

Cette question qui peut apparaître banale, est fondamentale, chez un certain nombre d'hommes et de femmes dans la rue, qui ne savent plus si la personne qui les regarde est pour eux un ami ou un ennemi. C'est la raison pour laquelle, il vaut mieux se dire quelques mots plutôt que de réduire la relation, avec l'homme de la rue, à la médiation de la pièce ou de la cigarette....

Peur de l'autre, peur des autres aussi. Lorsque l'on est en accompagnement de personnes fragilisées par la maladie ou par la solitude, beaucoup disent qu'ils ont peur de la multitude ou de la pluralité, y compris lorsque cette pluralité est une pluralité familiale, une pluralité apparemment proche « *je ne suis pas sûr, j'ai peur des autres* » et du coup, peur de soi aussi, peur de ce que je pourrais faire, peur de ce que je

pourrais être amené à déployer alors que je ne le souhaite pas, en termes de comportement violent ou d'agressivité, peur de ce qui pourrait advenir, peur du lendemain, peur de ce que nous allons devenir.

Dans cette approche compréhensive, je voudrais défendre la thèse suivante :

Parfois la violence permet d'exister, elle a une fonction d'existence, au sens où l'on sort de soi (Ex-ister) . Faute de pouvoir traduire son attente ou traduire ses aspirations, exprimer sa contribution à la société, par la réflexion, par la parole, par la construction, par le travail, par l'échange social. J'existe de manière physique: **J'EXISTE**. Et parfois la deuxième fonction de la violence serait d'exorciser la peur. C'est donc une sorte de venue sur la scène sociale, sous le regard des autres, en criant quelque chose.

Double fonction de la violence :

- fonction d'existence
- fonction d'exorcisme

Le « **ex** » qui construit ces deux verbes, exister, exorciser suggère qu'à travers cette violence on sort de l'enfermement.

J'ai perdu ma boîte aux lettres

Même si cela doit vous paraître abstrait, je vous invite à approfondir cette question de la peur aujourd'hui, et de tout ce qui est source de peurs.

Je pense en particulier à tous ceux qui font l'expérience de cette peur radicale de la dégringolade sociale. Dans les foyers du 115, les Foyers de Sans abri ou de l'Armée du Salut, quand vous y passez une nuit,(il faut le faire et écouter, simplement écouter) les personnes vous disent : « *j'ai perdu mon boulot* », Bon, nous sommes un certain nombre, un jour, à perdre notre boulot. Mais elles ajoutent: « *j'ai perdu mon logement, parce que je pouvais plus payer mon loyer, puis j'ai perdu ma compagne ou mon compagnon qui ne voulait plus vivre avec moi, puis j'ai perdu... ma boîte aux lettres* ».

Ce que représente aujourd'hui, dans une société, comme la nôtre, de perdre sa boîte aux lettres, c'est absolument dramatique, c'est la dégringolade : **plus d'adresse** ! Reste l'adresse du foyer des Sans abris ou d'Emmaüs

Nous avons beaucoup de peine à imaginer ce que produit cette marginalisation, en termes de peur. Que devenons-nous quand nous n'avons plus de logement ou quand nous n'avons plus de boîte aux lettres et quand nous n'avons plus de compagnon ou de compagne ?

Fréquemment la peur ne se dit pas, la peur reste silencieuse, et c'est sur fond de silence qu'apparaît cette attitude violente qui consiste à dire « Mais Bon Dieu, j'existe quand même, je vais leur montrer que j'existe ».

Faire l'expérience du manque peut être quelque chose de structurant. Etre dans le manque, c'est être en recherche, en quête, mais le manque dont je parle ici, nous emmène dans une dérive, vers l'impossible identification à quelqu'un, un manque tellement abyssal, tellement profond qu'il amène à interroger radicalement notre existence et notre être : « **Qu'est-ce que je fais ici ?** ».

On retrouve, ici, cette impossible affirmation que j'ai déjà évoquée : la difficulté de se faire entendre. Dans les travaux que nous menons actuellement, autour de cette vigilance, aux dérives maltraitantes dans les institutions de soins, plusieurs personnes qui expriment qu'elles ont été tentées, parfois, par des comportements de maltraitance, disent : « *j'ai eu de la peine à me faire entendre et du coup je suis devenu impatient, et étant devenu impatient, j'ai parfois eu tendance à m'énerver, ou parfois j'ai pensé que j'allais avoir un geste malheureux, des paroles blessantes* ».

Cette frustration a quelque chose à voir, avec la méconnaissance des capacités que nous portons, « *J'ai l'impression d'être méconnu, je suis prêt à apporter ma contribution, j'aimerais le faire, mais on ne m'a pas sollicité. Ou bien, lorsque je fais une proposition, on ne m'écoute pas, parce que je n'ai pas vraiment les mots qui conviennent, ou parce que j'ai l'impression d'être réduit à une image à mes limites.* » comme si nous n'avions pas tous des limites !

Je ne suis pas sûr d'être à la hauteur.

Ce qui est terrible, c'est quand la frustration s'enkyste, quand elle devient quasi permanente et quand elle marque profondément un tempérament, une personnalité: « *Je ne suis pas sûr d'être à la hauteur, jusqu'à maintenant on ne m'a pas entendu, et je ne vois pas très bien ce que je pourrais faire* ». On peut, certes, compenser cette frustration ou la développer mais cette frustration demeure comme un effet négatif de l'image de soi.

La question de l'autorité et du pouvoir.

Il y a des comportements violents qui sont produits par un abus de pouvoir, par une perte d'autorité, ou encore, par une confusion entre l'autorité et le pouvoir. Ce que je veux dire par là, c'est que ceux qui exercent un pouvoir, pouvoir de décider dans un certain nombre d'institutions, de lieux ou d'instances, se présentent comme ayant autorité, c'est-à-dire comme étant validés pour exercer ce pouvoir.

Or il y a une différence entre autorité et pouvoir : l'autorité d'une personne c'est ce qui émane d'elle, c'est ce qui permet de reconnaître précisément les capacités, alors que le pouvoir est un mode de décision dont on peut parler. Lorsque le pouvoir s'impose, se prend pour une autorité il y a déjà une dérive, un abus.

A l'hôpital, et dans un certain nombre de lieux où s'exerce le pouvoir par le savoir, l'on est sur une ligne de crête entre confiance et défiance. Ou bien vous faites confiance à ceux qui savent, vous vous en remettez à eux, ou bien vous êtes dans une défiance et entre les deux, il y a, ce que j'appellerai, l'exercice de l'échange, l'exercice du dialogue au sens fort du mot.

Selon l'attitude et la compréhension que vous pouvez déployer quant au pouvoir, vous allez légitimer ce pouvoir ou le délégitimer. La question de la légitimation ou de la délégitimation ou la perte de légitimation d'un pouvoir est très importante dans les questions de violence.

Il y a un an, dans nos banlieues, nous avons vécu ce que l'on appellerait une perte de légitimation des pouvoirs, alors même, qu'un certain nombre de ceux qui interrogeaient radicalement les pouvoirs demandaient à être entendus... Ils demandent, toujours, à être entendus, mais ils demandent aussi à parler et à participer.

Légitimité, perte de légitimité du pouvoir : cette question a à voir avec la violence, parce que lorsque le pouvoir s'exerce sans parole, le pouvoir lui-même devient violent. La question du sens de l'organisation sociale, du sens de notre vie ensemble, la question de la confiance est au cœur. Nous devenons nécessairement violents lorsque nous n'avons plus de lieu de confiance, ou lorsque ce qui contribue à une confiance n'est plus honorée, nous sommes donc dans une situation de solitude.

La confiance, c'est croire-avec et donc se fier à l'autre comme à soi-même.

Espoir, désespoir, inespoir

L'espoir est la possibilité d'investir l'avenir, de dire quelque chose qui concerne demain ; avoir de l'espoir c'est donc se projeter.

Le désespoir, c'est évidemment l'espoir déçu. Il y a dans les phénomènes de violence, dans les attitudes violentes, une déception : « *Je croyais en lui, je croyais en elle, je n'y crois plus.* »

L'inespoir qu'on retrouve parfois chez des personnes extrêmement fragilisées physiquement ou psychologiquement c'est l'impossibilité de penser demain, l'impossibilité de se projeter. L'arrimage à l'instant ne permet pas d'avoir cette toute petite joie intérieure, cette joie très intime et très secrète, que demain, il se passera quelque chose d'intéressant ou de gratifiant.

Dans les services d'urgence, où l'on entend la violence d'une société, à travers tous les récits de ceux qui souffrent, les expressions de déception ne manquent pas.

On attendait quelque chose, on attendait quelqu'un, cette attente a été déçue ; elle a parfois été dévoyée, ou confisquée. Dans la maltraitance morale ou dans la maltraitance affective, on attendait de l'amour de l'autre, on attendait de l'affection et on a été réduit à l'état d'objet.

A ce point de la réflexion, il y a quelque chose d'un peu délicat à définir : c'est qu'on espère parfois, que les choses vont changer et les choses ne changent pas. Cela creuse, en nous, un vide. C'est l'impossible projet ou la clôture de l'histoire : « *vous me parlez de demain, mais demain plus rien ne sera possible* ». Je fais l'expérience de l'impossible, et du même coup, de la perte de mes possibilités.

Pour boucler cette série de réflexions, je reviens à mon paradoxe premier.

Au fond, qu'est-ce qui vaut mieux ? Un comportement violent qui dit je suis encore vivant ? ou quelqu'un qui ne dit plus rien et qui, parfois, souhaite tout simplement mourir ?

Nous sentons que nous sommes sur ce type de problématique lorsque quelqu'un nous dit : « *J'ai bien failli tout casser, finalement je suis rentré chez moi ou j'ai continué ma route* ».

Cela m'amène à évoquer deux ou trois éléments de ce travail d'analyse et de prévention que nous avons fait, à propos de la maltraitance, et quelques éléments d'un petit livret que nous avons construit avec mes collègues lyonnais sur la vigilance face aux situations de violence ou de maltraitance.

A propos de la maltraitance proprement dite.

Ce que je voudrais mettre en relief, c'est que l'une des caractéristiques des comportements de maltraitance, concerne le détournement de la relation de confiance et de complémentarité, devenue un rapport de dépendance et d'instrumentalisation.

Qu'est-ce que la maltraitance ? C'est l'objectivation de l'autre, l'autre n'est plus une personne, n'est plus quelqu'un avec ses capacités et ses limites ; il devient un objet, une pathologie, il devient celui qui est identifié à l'acte violent. On ne l'entend plus, on sait simplement qu'il est schizophrène, qu'il est paranoïaque, on sait qu'on l'a déjà reçu et que la fois dernière il a cassé la chaise de l'entrée, on sait qu'il a tapé sur son enfant...etc.

Du côté de ceux qui doivent soigner, qui doivent le prendre en charge et qui, à certains moments, peuvent être tentés par une attitude d'impatience, cela veut dire que, là, où il y a à construire une relation, à entendre encore, à écouter, on peut avoir une réduction à un acte de soin ou à une pathologie.

Autrement dit, maltraiter une personne c'est ne plus entendre son appel, c'est délibérément ne plus considérer son attente. En cela, la maltraitance a quelque chose à voir avec la brisure du lien d'humanité.

Cependant, me direz-vous, il faut parfois reconnaître que l'autonomie d'une personne est réduite, il faut reconnaître que nous avons à intervenir. Certes, mais la question est de savoir si nous travaillons en terme de considération de la personne et de son histoire, ou si nous réduisons la personne à ce que nous en savons, ou à ce que nous pensons devoir faire pour elle.

Une autre manière d'entrer les problématiques de maltraitance serait de savoir si nous intervenons pour quelqu'un ou si nous intervenons pour et avec quelqu'un. Est-ce que la personne est encore là quand nous intervenons ? Est-elle toujours devant nous, avons-nous toujours un regard posé sur elle ? ou réduisons-nous notre travail à un acte purement technique ?

Le commencement de la maltraitance a un lien avec la perte de la parole. Si nous ne parlons plus à la personne, dans l'échange quotidien qui fonde notre vie sociale, si nous ne parvenons pas à vivre ce juste équilibre entre parole et silence, si notre peur de l'autre et de nous-mêmes nous raidit, alors nous sommes tentés, je dis bien nous sommes tentés, par la dérive de la maltraitance. Je ne dis pas que nous sommes maltraitants, mais nous pouvons le devenir. Et il convient toujours de se demander si nous sommes dans l'attitude du : « Je sais ce qui est bon pour lui, parce que je sais ce qu'il est. » ou bien, « je cherche avec lui ce qui est préférable. » ce qui n'est pas tout à fait pareil. « Je sais ce qui est bon pour lui » donne lieu à une prescription, une attitude prescriptive. « Je cherche avec lui et je cherche aussi avec mes collègues »

Cette attitude nous inscrit dans la complémentarité ; chacun peut apporter une contribution à la meilleure compréhension de la personne.

Dès lors, nous sommes dans la prévention de la maltraitance, nous sommes dans l'attitude de vigilance à l'égard des dérives maltraitantes.

B) Une présence plus forte que la violence

J'aimerais, à ce stade de notre réflexion, vous proposer quatre points de repère pour entrer dans une problématique de la présence, d'une présence renouvelée :

- **rouvrir la mémoire et ne pas s'enfermer dans l'instant**
- **être là à plusieurs**
- **travailler notre regard**
- **parler de ce que nous espérons**

Rouvrir la mémoire cela veut dire que, même dans les instants d'urgence, nous ne sommes pas collés à l'instantané d'une violence. A l'intérieur même de nos pratiques quotidiennes de soignants, d'accompagnants, nous nous donnons un peu de champ, un peu de recul.

Comment fait-on pour rouvrir la mémoire, lorsque celle-ci semble fermée, quand la personne est « enfermée » dans un récit ou une histoire, qui sont toujours les mêmes ?

Précisément on essaie de reconstruire un récit. Et, ce qui est absolument déterminant, c'est que même si le récit est incohérent, on puisse écouter l'histoire de la personne, même si ce ne sont que deux ou trois mots balbutiés qui n'ont pas de sens, en apparence. Pour la personne ces phrases, ces mots peuvent avoir du sens....

La logique de la violence, c'est la logique de l'immédiateté, on se donne pas un peu de recul, un peu de mémoire, grâce au récit. Je suis convaincu qu'un certain nombre d'hommes et de femmes, fragilisés, tout comme des soignants, ou des accompagnateurs, parfois envahis par l'émotion de l'accompagnement, ou par la complexité des histoires dans lesquelles ils sont impliqués, cherchent une oreille pour raconter un peu ce qui leur arrive. Vous allez me dire : « *mais dans l'urgence nous n'avons pas le temps* », N'a t'on vraiment pas le temps d'entendre trois mots ?

En tout cas, peut-on faire encore de l'urgence purement technique en terme de contention, ou d'administration de produits calmants ? Peut-on faire cela sans qu'il y ait au moins un peu de considération ?

Etre là à plusieurs.

Je sais que la logique économique fait qu'on est parfois, là, tout seul. Mais même dans cette logique restrictive, dans cette logique comptable où l'on réduit les moyens, c'est important d'avoir quelqu'un d'autre avec nous, pour parler. On ne peut pas rester dans l'enfermement propre aux situations violentes. Il s'agit, d'abord de survivre soi-même à la violence et puis aussi, de faire jouer deux regards et donc d'élargir notre compréhension : **être là à plusieurs pour et avec d'autres.**

Travailler notre regard.

Quand il n'y a pas les mots, ou plus les mots, il nous reste le regard. Tous ceux qui ont fait l'expérience de personnes qui ne parlent pas ou plus, savent que beaucoup de choses se disent par le regard.

Mais quel est notre regard ?

Notre regard est-il fuyant ? Notre regard est-il un regard de condamnation ou de jugement ? Quel est notre regard ?

Il y a deux choses que j'ai découvertes, dans ma mission d'aumônier d'hôpital. La première c'est le regard et la deuxième c'est la voix.

Ce n'est pas tant le contenu de la voix, le contenu du message vocal qui importe, c'est quand plusieurs personnes qui sont en situation de très grande fragilité, ou en fin de vie, qui s'en vont vers des situations

comateuses ou semi comateuses vous disent, quand elles arrivent à formuler les choses : « *je ne sais pas ce que vous m'avez dit hier, mais je me souviens du son de votre voix* ».

Cela m'a fait beaucoup réfléchir sur la voix, et le regard. Lorsque nous accompagnons une personne qui n'a plus de possibilités de parler, la manière dont nous regardons, la manière dont nous nous adressons à elle, en regardant (ou sans regarder) engage la considération que nous lui offrons. Car la dignité commence par le regard. C'est le regard que nous avons reçu de quelqu'un, qui nous a donné de la dignité pour nous-mêmes.

Si le regard a été méprisant, nous avons du mépris pour nous-mêmes. Si le regard est un regard d'appel, nous avons de la confiance en nous-mêmes.

Parler de ce que nous espérons.

Si nous, nous espérons, nous pouvons espérer pour ceux qui n'espèrent plus. Qu'est-ce qui nous empêche de dire ce que nous espérons ?

Nous pouvons très bien nous risquer, sans faire de notre discours un discours de surplomb, un discours paternaliste, (qui sait ce qui est bon pour l'autre ?) on peut se dire : « Ecoutez, j'espère bien, que nous allons y arriver, j'espère ».

Et quand on ne peut plus dire : nous espérons, nous pouvons encore dire : j'espère. L'autre entend le « j'espère », il peut aussi recevoir notre espoir, alors même qu'il est dans l'inespoir.

Et si cela ne passe pas par la parole, cela passe par l'attitude. Nous sommes en capacité, par exemple, de revenir voir quelqu'un, quelques heures après l'avoir reçu en urgence, ou revenir, faire une visite, pour montrer précisément, que nous sommes dans l'espérance : « *je suis simplement revenu vous dire bonsoir* ».

Cette construction de la présence est à la fois une attitude intérieure pour nous, et une attitude relationnelle qui a pour fonctions majeures :

- de briser la clôture de la mémoire,
- de retravailler à, ce que j'appelle, la reconnaissance du chemin de l'autre et de notre chemin,
- de briser tout ce qui est enfermement, et de penser qu'un avenir, même délicat, conflictuel ou problématique est possible.

Références bibliques pour déployer cette réflexion :

- 1- La première c'est le commencement de l'Evangile selon Saint Jean : Au commencement, le « Logos », la parole. Il faudrait dire pour déployer pleinement ce prologue de l'Evangile selon St Jean : « A l'origine de notre Humanité, il y a la Parole du Créateur ; cette parole appelle à la vie. C'est une parole, c'est un souffle qui appelle l'indifférencié, l'indéterminé, le non identifié à venir à la vie et à exister.(cf : génèse1 : Jean 1)

Au commencement, la Parole, mais il faut dire, aussi : au commencement la raison, c'est-à-dire la parole construite.

Pour déployer pleinement cette référence, nous dirons : à tous les commencements, à tout renouvellement, à tout ce qui est rencontre, la parole est là, même si la parole est **silencieuse**. Nous ne parlons pas, ici, du discours ou de mots. Au commencement : **ETRE LA** et donner ce que l'on est, c'est une bonne définition de la création, dans la lecture chrétienne du don premier.

Sur ce point, la tradition Juive et Chrétienne rompt avec les mythes de création d'autres cultures qui suggéraient les commencements en mettant en scène la violence.

2- Il faut ajouter, dans l'Ancien Testament, le livre de la Génèse, la force de la différence entre l'Un et l'Autre. Il y a de la violence lorsque nous sommes dans la fusion, lorsque nous sommes dans l'indifférencié, dans la confusion, lorsque l'Homme se prend pour Dieu ou veut se prendre pour un Dieu. Dans la perte de la différence et de l'altérité, quelque chose se brise et s'épuise. La différence maintenue, entre **TOI** et **MOI**, entre le **JE** et le **TU**, entre le **TU** et le **NOUS** est essentielle. Elle nous aide à nous prémunir contre la violence qui consiste à mettre la main sur l'autre, à s'appropriier l'autre, à vouloir fusionner avec l'autre

3- Toujours dans l'Ancien Testament, il faut évoquer la loi dont l'une des formes est la loi du Talion. Comme vous le savez, dans la construction de la loi, inspirée elle-même par la loi reçue par Moïse de la part de Dieu, on va inciter à ne pas continuer la surenchère de la violence. On dira : « *si on t'arrache un œil, tu arraches un œil, mais pas deux (œil pour œil, dent pour dent). Pas un bombardement pour un œil, pas tous les os pour une dent, seulement un œil, seulement une dent* ».

C'est un progrès considérable dans l'histoire de l'humanité que de proportionner la violence au degré de violence subie. Si nous étions en capacité de se faire la guerre à proportion des forces de l'autre, on ferait la guerre autrement et peut-être reviendrions nous à la parole.....

4- La référence suivante est ce qu'il est convenu d'appeler dans notre Tradition, la règle d'or :

« Tout ce que tu voudrais que l'autre fasse pour toi, fais-le pour lui ! »

Cette règle que nous trouvons déjà dans l'Ancien Testament sous sa forme négative : « Tout ce que tu ne voudrais pas que l'autre te fasse, ne le fais pas pour lui ! » touche au fondement de la réciprocité. La règle de l'altérité, non seulement, traverse les deux Testaments – du livre de Tobie à l'Evangile selon St Mathieu – mais a marqué profondément l'histoire occidentale du droit. Vous allez trouver cette exigence dans la pensée de la morale et du droit, chez les Pères de l'Eglise, et St Thomas d'Aquin, mais aussi chez des modernes, en particulier chez Thomas Hobbes et qui, dans son « Léviathan », rappelle qu'une fois établi le contrat social, c'est-à-dire le pacte de non agression, on suspend l'état de guerre pour pouvoir vivre ensemble : « Je ne t'agresserai pas, à la condition que tu ne m'agresses pas ! » et dans les règles de pérennité du contrat, nous retrouvons l'exigence biblique : « Parce que, tout ce que tu voudrais que l'autre fasse pour toi, fais-le toi-même pour lui ! »

Nous brisons la logique de la violence en entrant dans cette logique de la réciprocité. Qu'en est-il de notre réciprocité, surtout avec des hommes et des femmes qui ont été fragilisés, cassés, marqués par une guerre intérieure, c'est-à-dire un conflit, parfois, impossible à assumer ?

Entre le « je veux vivre » et le « je veux mourir », le « je veux » et le « je ne veux pas », expression qu'affectionnait St Augustin, caractéristique de cette tension permanente, entre « je veux le bien », « je veux le mal », il y a la considération primordiale de l'autre.

La question, pour nous, est de savoir : comment introduire, dans l'éthique de nos pratiques professionnelles une nouvelle pensée de la réciprocité ?

- ✓ Réciprocité entre nous
- ✓ Réciprocité entre acteurs du soin
- ✓ Réciprocité entre acteurs et patients ou résidents, ou personnes âgées, dont nous avons la charge

5 - Il n'est pas étonnant que sur la base de cette réciprocité, ma référence suivante soit évidemment l'exigence de l'amour. Nous comprenons bien qu'aimer consiste précisément à considérer l'autre comme on voudrait être considéré soi-même. D'ailleurs, la forme même du commandement évangélique « Tu aimeras l'autre comme toi-même » souligne le fondement de la réciprocité.

Le commandement de l'amour va encore plus loin, comme l'a dit Paul Ricœur dans sa réflexion : « *Il ne s'agit pas seulement d'aimer l'autre comme soi-même, il s'agit d'aimer, aussi, ceux qui ne nous aiment pas* ». Aimer ceux qui ne vous aiment pas, cela veut dire que nous avons une parole aussi, à l'égard de

ceux qui font du mal, « *surabondance de l'Amour* » dit Paul Ricœur. Pour pouvoir vivre cette surabondance, c'est-à-dire en redonner, là, où il n'y a plus de considération, de respect, d'amour, peut-être nous faut-il être, encore et toujours, dans la réciprocité.

C'est parce que nous recevons de la considération que nous pouvons encore donner. Très pratiquement, dans la quotidienneté de nos missions, nous sentons que nous avons besoin, nous-mêmes, d'être pris en considération, si nous voulons continuer à considérer l'autre.

Dans les phénomènes de maltraitance, il y a des situations dans lesquelles certains salariés se disent : « *dans mon travail, je ne suis pas considéré* (ce n'est pas une raison pour devenir violent, quand même !), *je ne sais plus où j'en suis et je reconnais qu'effectivement à certains moments j'ai dérivé* ».

Pour finir, deux mots clés :

1^{er} mot clé : les rites sociaux

Comme vous le sentez, sortir de la violence ou tenter de traverser les situations marquées par la violence, exige de notre part, de redonner de la valeur à certains rites. Dans le lieu d'accueil, la manière dont nous accueillons, la manière dont nous disons bonjour, la manière dont nous regardons, la manière dont nous accueillons quelqu'un qui arrive. Tout cela, vécu quotidiennement, est déterminant.

Nous observons souvent des gens, dont la violence se détend simplement par le sentiment d'avoir été accueillis. Nous pouvons dire : « *c'est au fond du couloir que ça se passe* », nous pouvons aussi nous lever et dire « *je vais vous montrer* » et cela, pour toute personne, qu'elle soit psychotique, en situation de grand trouble psychologique, connue ou inconnue.....

Nous sommes, parfois, confrontés à l'accueil de personnes qui viennent pour la deuxième fois, la sixième fois, la quinzième fois, nous voir pour nous poser la même question.

Il nous faudrait repérer quelques rites, dans notre travail et notre vie sociale :

- ✓ Faire quelques pas avec quelqu'un
- ✓ Regarder
- ✓ Montrer
- ✓ Prendre un peu de temps (il n'y a pas de rite sans inscription dans le temps)

2^{ème} mot clé : la progressivité

Tout ce que l'on vient d'évoquer ne se joue pas en quelques instants. Ne jouons pas au sauveteur du SAMU, qui en quelques minutes, va nous faire passer de situation de crise, délirante parfois, à une situation de détente. Il y a besoin d'une progressivité. Et la progressivité implique de notre part une très grande fidélité, à vivre à tout instant. (la fidélité est, ici, à entendre comme l'attention à tout instant)

Progressivité veut dire : à chaque pas que nous ferons avec cette personne, pourra se jouer quelque chose qui concerne son angoisse, mais qui concerne, aussi, la nôtre.

Dans la progressivité, il y a ce temps qui nous permet de marcher ensemble et de regarder devant. Et puis, pour nous et entre nous, aussi bien que dans la relation avec les personnes vers lesquelles nous sommes envoyés, il est bon que nous ayons, que nous vivions des temps de conciliation et de réconciliation.

Du côté de la maltraitance, tout le monde peut le devenir dès l'instant où nous avons le sentiment que nous ne sommes pas reconnus à la juste valeur de nos compétences... etc. Il est bon que nous puissions nous concilier, c'est-à-dire nous parler. Il est bon, que nous risquions la réconciliation, c'est-à-dire que nous puissions dire à quelqu'un : « *Je crois que je n'ai pas été à la hauteur par rapport à toi, sans doute ai-je été maladroit, je te demande pardon, peut-être pourrions faire mieux, essayons de faire mieux.* ».

Essayons de regarder devant, et de ne pas nous enfermer dans ce que nous sommes devenus. Dans la traversée de toutes ces situations que nous vivons au quotidien, nous sommes des humains, fragiles mais perfectibles.

ECHANGES avec Bruno-Marie DUFFE et l'assemblée

Question

A partir d'une situation vécue : un homme condamné pour viol sur ascendant est arrivé dans le service de médecine pour tentative de suicide, en désespérance complète, du fait de l'absence de lien avec sa famille. Le policier qui accompagnait cet homme dans le service, décrit à l'infirmier cette désespérance. Après l'avoir accueilli comme toute autre personne malade arrivant dans le service, ses collègues infirmiers se sont élevés contre la façon dont il l'avait accueilli : « *Comment as-tu pu accueillir ce monsieur, c'est inacceptable, c'est épouvantable, il a violé sa fille...* ». J'ai répondu que nous avons la chance, nous, de ne pas avoir ces pulsions. Il a déjà été condamné par la Justice, nous n'allons pas le condamner une deuxième fois. Comment aider cet homme à se reconstruire ?

Deuxième question

La violence des jeunes handicapés physiques

Troisième question

Que peut-on faire contre la prise de pouvoir d'un membre du personnel sur un résident par exemple, le harcèlement moral. Si la personne l'exerce, dans une habitude de harcèlement, comment lui faire prendre conscience de son comportement ? On ne peut pas l'accuser d'être violente puisqu'elle ne se rend pas compte. Comment faire ?

Quatrième question

La question par rapport au « vide ». Comment avoir une présence auprès d'une personne qui est dans le vide alors que nous-mêmes sommes dans le vide, dans ce quotidien auprès des personnes dont nous avons la charge ?

Cinquième question

Comment faire pour lutter contre la maltraitance qui est générée par la société d'aujourd'hui ? Quels sont les moyens pour lutter contre la pression médiatique ?

Réponses

A la 1^{ère} question sur l'auto agressivité ou l'auto agression et les personnes suicidaires :

vous avez apporté un élément très important qui est de savoir comment on peut introduire un écart et refaire un lien entre l'acte et autre chose que l'acte. C'est essentiel. Dès l'instant, où la personne n'est pas réduite à sa tentative de suicide, à son suicide, à sa volonté de mourir, mais qu'il y a une passerelle entre la situation où elle est – sa solitude – et autre chose, ce que vous avez évoqué, le fait qu'il puisse parler de sa fille, de sa famille elle existe encore et à nouveau.

Quand on parle de sa famille – même si cette famille nous a mis dehors – cette famille existe. Lorsque nous avons établi une passerelle, il faut résister aux enfermements, que d'autres, y compris nos propres collègues, qui ne sont pas dans une attitude compréhensive, au sens de l'ajustement à la personne, pour essayer d'être devant cette personne. Il faut résister à cela.

Quant à la condamnation, ou au fait de se prendre pour des justiciers : c'est une très grande difficulté, parce que tout ce qui a été évoqué ce matin, a, comme présumé, de rompre avec le fait de se prendre pour des juges. Il s'agit de briser le discours immédiat de la vengeance. Vos collègues, qui sont des soignants, qui prennent soin de la vie, ne peuvent pas supporter que quelqu'un fasse ce type d'acte. Dans cette attitude s'exprime une volonté de vivre et de se protéger soi-même.

Cela veut dire : réfléchissons, essayons d'abord de voir l'histoire de cet homme, ce qu'il est en train de devenir et ne clôturons pas trop vite l'histoire.

Ne fermons pas trop vite la porte de la cellule sur cet homme. C'est un défi, car toute personne, insérée dans une société, a le réflexe d'autoprotection à l'égard de quelqu'un, qui a commis un acte, comme le viol de sa fille. Un acte comme celui-là est inadmissible. La société qui ne dirait pas « *cela n'est pas admissible* » est une société à la dérive. Une personne qui ne réagit pas, rationnellement aussi bien qu'émotionnellement, par rapport à un tel acte est une personne fragilisée, en dérive.

Il ne s'agit donc pas de cautionner, de banaliser l'acte. Il s'agit d'instiller cette intuition que l'homme n'est pas réductible à son acte. Cet homme n'est pas réductible au fait qu'il a violé sa fille. Cela demande du temps pour en parler. Si cet homme est identifié à son acte, il n'est qu'un violeur et un violeur doit être condamné. S'il est un homme qui, éventuellement, peut nous dire qu'il a aimé sa fille et qu'il a, peut-être été, lui aussi, victime de la violence, nous sommes ici dans une autre attitude. Encore une fois, nous ne sommes pas des justiciers mais des soignants.

Même la Justice ne prononce pas le jugement dernier à l'égard de quelqu'un, elle dit : « *Vous vous êtes mis en dehors de la loi, qui est la condition de la vie commune, donc vous ne pouvez pas ne pas être condamné* ».

Mais en même temps, une autre question se pose : Comment allez-vous faire pour sortir de cette identification à l'acte ? Qu'allez-vous faire ?

Pour cet homme, se pose la question de l'injonction de soins, de l'accompagnement, de la réinsertion, de la possibilité de regarder à nouveau sa famille et d'être regardé par elle.

C'est un travail énorme, qui n'est plus simplement de l'ordre du soin, de l'urgence, mais de l'ordre du soin social. Il est important que nous arrivions à penser, aujourd'hui dans la société, le rapport entre les soins d'urgence – la thérapeutique au sens technique du terme – et la question du lien social.

La clé première est de ne pas rester soi-même, enfermé, dans l'acte :

- D'où vient cet homme ?
- Peut-il nous dire quelque chose de sa propre histoire ?
- Peut-il nous dire quelque chose de l'impossibilité pour lui de vivre avec ses pulsions, de l'immédiateté ... ?
- Que nous dit-il de nous-mêmes et de notre société ?

Chacun a son rôle, le psychothérapeute entrera en jeu, l'équipe soignante entrera en jeu, les uns et les autres contribueront à briser l'identification entre l'acte et la personne.

Il conviendra, à cet effet, de mettre en œuvre une complémentarité des rôles soignants, avec la richesse de nos compétences :

- La psychothérapie va entendre quelque chose
- Le soignant va entendre quelque chose
- Le travailleur social va entendre autre chose
- Le visiteur va entendre quelque chose

L'histoire n'est pas terminée, ou alors, si nous pensons que tout est écrit, la seule façon de s'en sortir, c'est le suicide.

Réponse à la 2^{ème} question

Quant à l'agressivité d'un jeune adulte handicapé qui découvre ou prend conscience des conséquences relationnelles du handicap, il est important de dire ceci :

Il n'est pas mauvais que l'agressivité se dise (c'est comme la révolte de celui qui découvre qu'il est malade, il faut que se dise cette injustice).

De la même manière qu'il y a de la révolte dans la Bible, il convient de l'entendre « *Où es-tu mon Dieu, toi que j'appelle ?* »

De la même manière, la révolte doit pouvoir se dire, même si elle n'a pas de référence religieuse. Il faut qu'un jeune puisse dire que c'est injuste d'être handicapé.

Comment ensuite permettre que cette expression puisse être reçue, par quelqu'un qui ne l'aseptise pas en disant «*Mais non, tu vas t'en sortir, il n'y a pas de problème !* » ?

Comment faire aussi pour que, nous-mêmes, nous puissions être sensibles à la situation, et que nous puissions mettre, dans le coup, un certain nombre de personnes,... Ce qui peut nous faire sortir de l'agressivité, ce sont les autres.

Par différents moyens :

- Par la scolarisation. Cette scolarisation peut contribuer à une compensation par l'intellectuel. Compenser, cela veut dire : je suis capable d'apprendre, je suis capable aussi, d'avoir un rôle, même si mon visage est marqué.
- Il y a quelque chose à dire autour de l'esthétique des personnes handicapées. Picasso est un thérapeute : un visage abîmé peut être beau à regarder.

C'est très intéressant, pour nous, qui accompagnons, car, s'il y a de l'agressivité ou de l'auto agressivité à l'égard des autres, reposant sur une représentation de l'image de soi, c'est peut-être parce que les critères dominants, dans lesquels nous évoluons, sont des critères qui ne permettent pas à quelqu'un de dire qu'il peut être beau.

La question de la beauté est très importante chez les handicapés. On peut être beau autrement et, il faudrait aller jusqu'à la beauté intérieure, c'est-à-dire la sensibilité intérieure de quelqu'un qui est handicapé, Sensibilité à la musique, à l'émotion, à la nature et à la relation. Car ce qui va sauver cette personne, c'est la relation.

Cette sensibilité peut redonner confiance à la personne. Il faut que l'agressivité se dise, c'est très libérateur, même si c'est dur parfois. Il faut travailler, aussi, sur l'esthétique et sur cette rage de vivre que l'on veut exprimer, soit par un investissement intellectuel, soit par un investissement social.

Aggressivité libérée, esthétique ré-envisagée, compensation et proposition d'un rôle social, à part entière.

Réponse à la 3^{ème} question

A propos du harcèlement moral, comment intervenir ? Nous avons, avant tout, à comprendre les processus de dérive vers la maltraitance :

Il y a des facteurs, des conditions à prendre en considération, la question du temps, la fatigue, la question du pouvoir au sein des institutions etc.

Comment dire à quelqu'un que son attitude, à nos yeux, est maltraitante ? Cela ne peut être que sur le mode interrogatif, par ex. « *La manière dont tu travailles, m'interroge* ».

Si vous dites à quelqu'un « *Tu es maltraitant* », il répondra « *Toi aussi* ». Il va vous renvoyer la balle, ou bien il va nier. Nous serons devant la dénégation : « *Non, je ne vois pas pourquoi tu me dis cela, de toute façon avec cette personne on a toujours fait de cette manière et je ne vois pas comment faire autrement* ».

Il y a une autojustification du comportement. En revanche, au moment d'une relève d'une réunion ou d'équipe ou d'un café, on peut dire « *Je ne suis pas sûr que nous nous y prenions bien avec M. ou Mme Untel* ». Formulée de cette manière, notre remarque ne conduit pas à culpabiliser l'autre, parce que nous nous interrogeons ensemble.

Ex. : Cas de maltraitance avérée en Maison de retraite. En prenant appui, sur une personne qui avait un rôle plutôt positif dans l'équipe, tout le monde s'est remis en question, il y a eu une remise en cause du fonctionnement de l'équipe par capillarité : « *Je ne suis pas sûr que je fasse bien ; tu es sûre de toi quand tu fais de cette manière ? ... Tu vas de plus en plus vite pour faire une toilette..., pour coucher les résidents...– tu dis qu' on n'a pas le temps, qu' on fera demain ... tu n'écoutes plus une personne qui dit avoir mal* ».

Cela suppose qu'il y ait dans l'équipe un « vigilant » en interne, qui cadre les débats et que l'on trouve un moyen de porter cette question de la maltraitance possible.

Si on n'arrive pas en interne, nous pouvons prendre un superviseur extérieur à l'établissement, qui a un rôle de visiteur et qui pourra se permettre de poser la question qui ne peut pas être posée par un membre de l'équipe.

Quand vous êtes seul, avec une personne ou quand vous voyez qu'un collègue a une attitude qui pose un problème, en terme de maltraitance ou de harcèlement, ne pouvons-nous pas proposer de travailler à deux ? sachant que $1 + 1 = 3$, le binôme introduit un tiers dans la relation de soin (duale)

Travailler en binôme ne veut pas dire que l'on va contrôler l'autre. Il ne s'agit pas d'entrer dans une logique de contrôle mais de complémentarité : « *Ce serait plus facile si on s'y mettait à deux* ». Certes, nous ne pouvons pas toujours être « à deux ». Parfois, c'est possible.

Par le fait de travailler à deux, de demander au cadre du service de ratifier cette méthode, vous avez la possibilité de sortir de la position du harcèlement, sauf, évidemment, si nous entrons dans la complicité du harcèlement

- Poser la question, comme étant, votre question « *Je ne suis pas sûr que nous nous y prenions bien avec M. ou Mme Untel* »
- Si nous n'arrivons pas à déboucher sur une relecture de notre pratique, faire appel à quelqu'un qui a un regard extérieur, comme un visiteur, qui peut nous aider à mieux travailler
- Faire la proposition du binôme : là où il y a des dualités, des confrontations, le binôme casse toujours le rapport de dépendance à l'égard d'un autre par le simple fait que nous nous trouvons dans une relation, avec une tierce personne , tiers nous sauve souvent.

La question du vide

Comment offrir une présence à une personne qui est dans le vide et qui nous y emmène, que lui dire ?

C'est la durée, c'est le fait que l'on ait un peu temps avec cette personne qui peut nous sortir de cette expérience du vide ou de cette appréhension du vide.

La durée : non pas un petit moment, mais un certain nombre de petits moments. Cela pose le délicat problème de notre société : celui du temps.

Nous n'avons jamais assez de temps pour soigner. Comment soigner, sans avoir le temps ? Cela ne veut pas dire que nous allons nous installer dans un temps illimité. Notre temps est limité, c'est un fait. Mais il y a plusieurs façons d'habiter ces moments de vide, des moments perçus comme du vide. On peut faire quelques pas, avec une personne, sans rien dire, mais ce n'est pas du vide que de faire quelques pas. On peut regarder avec quelqu'un , un arbre, une lumière, un coucher de soleil sans rien se dire. Cela n'est pas du vide, c'est du plein.

Du temps, de la durée, de la fidélité. Nous nous renouvelons dans nos fidélités, y compris dans nos fidélités personnelles, en étant fidèles aux personnes que nous soignons. La fidélité c'est l'affection ou c'est l'attention que l'on a à l'égard des personnes que la vie nous a permis de rencontrer, que la vie nous a confiés.

Les personnes handicapées sont très sensibles à la fidélité « *Tu es revenu me voir* ». Il faut un peu de temps, regarder ensemble, alors même que la parole n'est pas possible. Il nous faut réapprendre le langage non verbal, qui passe par la main que l'on tient, que l'on serre, que l'on ne laisse pas brutalement en partant, prendre le temps de s'en aller. Apprendre à se séparer. Et enfin, cette fidélité, qui fait que l'autre sait qu'on reviendra, ou que quelqu'un d'autre viendra, du coup, il ne sera pas seul dans le vide.

LISTE DES PARTICIPANTS

Curie Provinciale :

Frère Aloïs MICHEL	Supérieur Provincial.
M. Dominique SOUPE	Responsable « Lien Hospitalier »
M. Bernard BIDAN,	Directeur, chargé de missions
M. James MARCHE	Collaborateur Bénévole.

Clinique Saint Jean de Dieu, de la rue Oudinot - PARIS

Madame Nicole DEPERROIS	Infirmière de nuit
Madame Marie-Eve LE BREC	Infirmière de nuit
Madame Chantal BALLE	Infirmière responsable bloc opératoire
Madame Myriam LECUYER	Infirmière
Frère Henri VOEGELI	Infirmier
Dr Gérard WEISGERBER	Chirurgien pédiatrique
Dr Jean-Claude CRABOL	Médecin anesthésiste

Oeuvre Saint Jean de Dieu de la rue Lecourbe - PARIS

Madame Elisabeth CEBEILLAC	Directrice scolaire
Madame Luce JANIN-DEVILLARS	Responsable département de psychologie
Madame Marion CATALA	Directrice
M. Frédéric TOUBOUL	Directeur Administratif et Financier
M. Serge JUPITER	Chef de service Administratif
Sœur Marie-Claude DUPUYS	Agent des services logistiques
Mme Marie-Pierre GUILLEMIN	Kinésithérapeute
M. Laurent JAMAIN	Agent des services logistiques
M. Sébastien PICK	Infirmier
Mme Patricia REBILLARD	Educatrice spécialisée
Mme Régine LEROUX	Agent des services logistiques
Mme Corinne MELISSE	Aide Médico-psychologique
M. Simon BANON	Cadre pédagogique

Maison de retraite Saint Barthélémy – MARSEILLE

M. Olivier QUENETTE	Directeur.
Frère Michel LE HOUEROU	Prêtre – Supérieur
Frère Jean-Marie RAMAHEFASON	
Frère Alain-Samuel JEANCLER	Conseiller provincial
M. Jack CAPELLE	Infirmier
Mme Béatrice NAVARRO	Lingère
Mme Sylvie MASINI	Service administratif
Mme Danielle DUBINGER	Service accueil
M. Youssoufi BACAR	Veilleur de nuit
Mme Ingrid COSTES	Secrétaire médicale
Mme Mireille SORRIAUX	Chauffeur
Mme Muriel JOLY	Chef de service
M. Guy SCHOUKROUN	Aide soignant
Mme Marie TURLET	Aide soignante
Mme Faria BOUKOULT	Auxiliaire de vie
Mme Nadia KHOUALED	Auxiliaire de vie

Mme Chrystel BAKIRCILLAR	Auxiliaire de vie
Mme Sabah SBEI	Auxiliaire de vie
Mme Nadjat KARADANIZ	Aide soignante

Maison d'Accueil et Foyer de Vie du CROISIC

Madame Carole BRUNEL	AMP
Monsieur François LECHAT	Aide Soignant
Frère Odilon COLTAT	Supérieur
Frère Pierre GIRAUDIER	Aide soignant
Frère Louis-Jacob CAMARA	ASH

Accueil de Nuit de Marseille

Frère Francis FUSCO	Aide soignant
Frère Bernard DELABY	Infirmier
Frère Didier LACAU	Supérieur
M . Georges KAMMERLOCHER	Directeur
M. Jean FLAGEOLLET	Agent d'accueil

Accueil St Benoît Labre

Frère Jean Marie GERARDIN

Hôpital Saint Jean de Dieu de DINAN

Frère Flavien RUTHMANN	Président du CA
Frère Fortunat HUSSER	Supérieur
Monsieur Pascal CONAN	Directeur-Adjoint
Mademoiselle Sandy ABI AAD	Psychologue
Madame Chantal HOMO	Infirmière de nuit
Madame Anne-Marie RECHAUSSAT	Infirmière au C.M.P.
Madame Martine PERRIER	Infirmière hygiéniste
Sœur Marie-Stella	Aumônier
M. Michel LEROY	Infirmier

Etablissements des Sœurs Hospitalières du Sacré Cœur de Jésus

Etablissement de PARIS

Monique LARTHE	Cadre Kinésithérapeute
Sœur Maria Consuelo LOPEZ	Supérieure
Sœur Pierrette VICTORES	Chef de service
Sœur Rose ONTANILLA	1 ^{ère} conseillère provinciale
Madame Monika CAPAROS	Agent qualifiée
Madame Virginie MICUCCI	Animatrice
Madame Louisiane NUMA	AMP
Madame Zelia SIMOES	AMP
Madame Sylvie BLANDIN	Service administratif
Madame Françoise DAMIENS	Aide soignante

Etablissement de Dinan

Soeur Ines GALUZA	Infirmière
-------------------	------------

Etablissement de Saint REMY

Sœur Maria Del Mar RESA	Supérieure
Sœur Marie Pilar MUNARRIZ	Infirmière

Etablissement de MARSEILLE

Sœur Pilar MAQUIRRIAN	Directrice
Sœur Solange BAHODO	AMP
Docteur BOURLARD	Psychiatre
Monsieur BOURGIN	AMP
Madame Françoise WICKERT	Monitrice spécialisée
Madame Marie-Claire COTTEL	Educatrice spécialisée
Madame Elisabeth ANTONI	Assistante sociale
Madame Marie-Christine BELZANTI	Psychologue
Madame Clotilde FRANC	Attachée de direction
Madame Geneviève RALLO	en formation AMP
Madame Patricia DAMEZ	Agent de service
Madame Selma CHAREF	Agent de service
Madame Yvette RABATTU	Agent de service
Madame Marie-Hélène ZEMAC	Agent de service
Madame Josette PASSERI	Surveillante de nuit
Monsieur Raphaël MANCA	Professeur de sport

Etablissement de Saint MARTIN de SEIGNAUX

Madame Marie MOTA	Aide soignante
Madame Sylvie BELLECAVE	Aide soignante
Sœur...	Infirmière

Sœurs Augustines de LILLE

Sœur Edith MARIE	
M. BISBROUCK	Directeur
M.	

Animation

Sœur Marie du Christ COUDURIER

Intervenants

Monsieur Benjamin PITCHO,

Maître de conférence, Directeur – Adjoint du DEA de la Santé, Université de PARIS 8

Père Bruno Marie DUFFE

Docteur en philosophie

Conseil et Ethique Sociale et Médicale - Université Catholique de Lyon

Délégué épiscopal pour la santé

Madame Luce JANIN-DEVILLARDS,

Psychologue - Responsable du département de Psychologie.

Oeuvre Saint Jean de Dieu, rue Lecourbe – PARIS.

COMPOSITION des CARREFOUR

Groupe N° 1	Groupe N° 2	Groupe N° 3
Fr Aloïs MICHEL	Mme Chantal BALLE	M. Georges KAMMERLOCHER
Sr Marie Del Mar RESA	Sr Pilar MAQUIRRIAN	Sr Marie Pilar MUNARRIZ
Dr BOURLARD	Mme Clotilde FRANC	M. Serge JUPITER
M. Jean FLAGEOLLET	Fr Pierre GIRAUDIER	Fr Francis FUSCO
Mme Monika CAPAROS	Mme Virginie MICUCCI	Fr Fortunat HUSSER
Mme Elizabeth ANTONI	Mme Marie-Claire COTTEL	Mme Zelia SIMOES
Mme Marie MOTA	Mme Corinne MELISSE	Mme Josette PASSERI
Mme Sabah SBEI	Fr J-M RAMAHEFASON	Mme Marie TURLET
M. Sébastien PICK	Mme Nadia BAKRCILLAR	Mm Faria BOUKOULT
Sœur Edith MARIE	M. BISBROUCK	M. X (sœurs augustines)
Mme Nathalie HETTIER		Mme A-Marie RECHAUSSAT
<u>Animateur</u>	<u>Animateur</u>	<u>Animateur</u>
M. Sébastien PICK	FR J-M. RAMAHEFASON	Mme Anne-Marie RECHAUSSAT
<u>Rapporteur</u>	<u>Rapporteur</u>	<u>Rapporteur</u>
Dr BOURLARD	Mme BALLE	M. Georges KAMMERLOCHER

Groupe N° 4	Groupe N° 5	Groupe N° 6
Mme Marion CATALA	M. Olivier QUENETTE	Fr Odilon COLTAT
Sr Isabelle de BOURRAN	Sr Solange BAHODO	M. Frédéric TOUBOUL
Mme Carole BRUNEL	M. François LECHAT	Melle Sandy ABU AAD
Mme Karine BIDAN	Mme Chantal HOMO	Mme Sylvie BLANDIN
Sr Rose ONTANILLA	Mme Louisiane NUMA	Mme Yvette RABATTU
Mme Patricia DAMEZ	Mme Selma CHAREF	Mme Danièle DUBINGER
Mme Martine PERRIER	Fr J-M. GERARDIN	M. Youssoufi BACAR
M. Jack CAPELLE	Mme Béatrice NAVARRO	M. Laurent JAMAIN
Mme Béatrice NAVARRO	Mme Sylvie MASINI	Dr Gérard WEISGERBER
Mme Marie Claude DUPUYS	Mme Marie Pierre GUILLEMIN	M. Frédéric FERLICOT
Fr Henri VOEGELI	Mme Françoise DAMIENS	M. Simon BANON
M. Michel LEROY	Mme Nadia KOUALED	M. Philippe LEGALL
<u>Animateur</u>	<u>Animateur</u>	<u>Animateur</u>
Sr Rose ONTANILLA	M. QUENETTE	Dr G. WEISGERBER
<u>Rapporteur</u>	<u>Rapporteur</u>	<u>Rapporteur</u>
Mme Marion CATALA	Mme HOMO	Frère Odilon COLTAT
Groupe N° 7	Groupe N° 8	Groupe N° 9
Fr Didier LACAU	Fr Flavien RUTHMANN	Mme Monique LARTHE
Mme Marie -Hélène ZEMIAK	Mme Nicole DEPERROIS	Mme Marie-Eve LE BREC
Sr Marie Consuelo	Mme Nadjat KARANADIZ	Fr Louis-Jacob CAMARA
M. Emmanuel BOURGIN	Sr Pierrette VICTORES	Fr Bernard DELABY
Mme Marie - Christine BELZANTI	Mme Geneviève RALLO	Mme Françoise WICKERT
M. Raphaël MANCA	Mme Sylvie BELLECAVE	Mme Myriam LECUYER
Sr Marie Stella	Fr Michel LE HOUEROU	M. Guy SHOUKROUN
Mme Ingrid COSTES	Mme Muriel JOLY	Mme Régine LEROUX
Mme Mireille SORRIAUX	Mme Patricia REBILLARD	M. Jean FLAGEOLLET
Dr. Jean-Claude CRABOL	Sr Ines GALUZA	Mme Catherine COSSO
M. Guy BOIJENOUS	Fr Alain-Samuel JEANCLER	M. Daniel FONTENIT

<u>Animateur</u> Fr Didier LACAU	<u>Animateur</u> Sœur Pierrette VICTORES	<u>Animateur</u> Mme Monique LARTHE
<u>Rapporteur</u> Sr MARIE STELLA	<u>Rapporteur</u> Mme Sylvie BELLECAVE	<u>Rapporteur</u> Mme Myriam LECUYER



ques groupes de travail

EVALUATION DE LA SESSION

Rappel du thème abordé : VIOLENCE ET MALTRAITANCE

- des soignants vis-à-vis des soignés
- des soignés vis-à-vis des soignants
- des soignants entre les soignants

Sujet abordé sous trois aspects :

1. aspect juridique (M . B. PITCHO, juriste)
2. aspect psychologique (Mme JANIN-DEVILLARS, psychologue)
3. aspect philosophique ((Père B-M. DUFFE, Dr en philosophie)

Nombre de participants

105 personnes ont participé à cette session, dont 3 (un directeur général, un directeur et une Supérieure des sœurs Augustines de Lille)
85 personnes ont répondu au questionnaire de fin de session.

Critères retenus pour la fiche d'évaluation

- ce que vous avez apprécié :
 - contenu
 - déroulement
- ce que vous souhaiteriez pour la suite

Le contenu

Tous les participants s'accordent à dire que le choix du thème était d'actualité et porteur, bien traité, avec des exemples concrets, par les intervenants.

La connaissance, la compétence, le sérieux des intervenants sur le sujet ont captivé l'auditoire, le contenu a été d'une grande qualité et adapté à notre pratique quotidienne.

Un point mérite d'être souligné, plus de la moitié des participants le mentionne : les différentes approches d'un même thème.

Le déroulement

L'accueil que nous ont réservé la Direction, les Cadres, les Frères de la Maison de Retraite de Marseille est salué à l'unanimité.

Tout le monde s'accorde pour les remercier pour leur sens de l'hospitalité.

La liberté de parole dans les carrefours a été appréciée.

Bonne alternance avec les exposés suivis du travail en carrefour et des débats avec chacun des participants. Cette méthode de travail a permis une réflexion multidisciplinaire, ainsi que des regards croisés sur le sujet.



Pendant la session : travail et détente sont nécessaires