

Faculté des sciences de la motricité

**Penser la maltraitance dans les soins
dès la formation initiale :
un prérequis pour des soins
respectueux du patient ?**

Auteur : Stéphanie Langelez

Promoteur(s) : Jean-Michel Longneaux

Année académique 2023-2024

Master en kinésithérapie et réadaptation [60.0] – KINE2M

Table des matières

Introduction	3
Méthodologie	5
Penser la maltraitance dans le soin ?	6
1. Définir la maltraitance dans les soins.....	6
1.1. Définitions de la maltraitance	6
1.2. Les éléments constitutifs des définitions	9
1.3. Maltraitance, une violence aggravée ?.....	13
1.4. Application au domaine des soins de santé.....	15
2. Ce qui empêche de penser la maltraitance dans les soins	19
2.1. Un paradoxe	19
2.2. Méconnaissance et banalisation.....	20
2.3. Silence, on soigne !	20
2.4. Une maltraitance incontournable ?	21
2.5. Le sentiment d'injustice vécu par le soignant.....	22
3. Penser la maltraitance plutôt que la bientraitance ?	23
4. Prévalence de la maltraitance dans les soins	25
5. Origines de la maltraitance.....	26
5.1. L'individu.....	26
5.2. L'institution.....	27
6. Quels outils en formation pour lutter contre la maltraitance ?	28
Conclusion.....	29
Bibliographie.....	31

Introduction

Le contexte des soins de santé renferme les conditions dans lesquelles la maltraitance peut émerger. En effet, la dissymétrie de la relation, la dépendance et la vulnérabilité d'un interlocuteur par rapport à l'autre, la possibilité d'abus de pouvoir sont autant de caractéristiques qui, ensemble, représentent un terrain fertile pour la survenue d'interactions maltraitantes. Celles-ci peuvent prendre des formes diverses qui rendent parfois leur lecture difficile. (Alzyoud et al., 2022; Casagrande, 2012)

Face à des maltraitances subies dans les soins qui leur sont prodigués, certains patients adoptent des stratégies d'évitement : évitement du système de santé, d'un prestataire particulier, d'une situation de soin, diminution du recours aux soins. D'autres optent pour la parole, sous forme de plaintes, formelles ou non. Dans tous les cas, l'expérience des maltraitances pourra amener des conséquences sur leur santé physique voire leur santé mentale. (Brüggemann, 2015; Davous et al., 2014; Lukasse et al., 2015)

Professionnels de santé et stagiaires, qu'ils aient été témoins ou auteurs involontaires de maltraitances envers le patient, peuvent aussi en vivre les conséquences sous la forme de détresse morale et de désengagement. (Brüggemann et al., 2018)

Pourtant, l'une des caractéristiques de la maltraitance dans les soins est le silence qui l'entoure. La maltraitance est difficile à rapporter, par peur de la stigmatisation des pairs ou des conséquences sur un stage, par honte, par culpabilité, par perte de la capacité d'agir, par le manque d'espaces de paroles, par manque d'outils, par méconnaissance... (Casagrande, 2012; Davous et al., 2014; Maupetit & Al Agha, 2019)

Des professionnels de santé autant que des étudiants stagiaires rapportent également qu'ils sont non seulement peu outillés pour détecter les actes à risque de générer de la maltraitance mais également pour rapporter les maltraitances dont ils auraient été témoins. (Davous et al., 2014; Lukasse et al., 2015; Mansbach et

al., 2012)

Dès lors, faut-il donner aux futurs professionnels la possibilité de penser la maltraitance dès la formation initiale ?

C'est l'objectif de cette revue narrative d'élaborer des pistes de réponse à cette question.

Méthodologie

Au travers de la littérature scientifique et de textes internationaux, nous nous proposons d'envisager plusieurs questions qui peuvent éclairer notre question de départ.

Ainsi, nous nous attacherons à définir la maltraitance de manière générale et à envisager ses spécificités par rapport à la violence.

Nous regarderons s'il est pertinent d'appliquer cette notion de maltraitance aux soins de santé, de même que les raisons qui pourraient nous faire parler en termes de maltraitance plutôt qu'en termes de bienveillance.

Les difficultés de se représenter la maltraitance au cœur des soins seront parcourues, en ce qu'elles peuvent nous éclairer sur la nécessité d'aborder le sujet de manière précoce, et à fortiori en formation initiale.

Pour les mêmes raisons, nous jetterons un œil sur les causes et conséquences de cette maltraitance.

Enfin, nous tenterons de dégager l'un ou l'autre outils pour la formation.

Penser la maltraitance dans le soin ?

1. Définir la maltraitance dans les soins

Sous ce point, nous aborderons les définitions de la maltraitance, en recourant également aux définitions de la violence et de l'abus. En effet, les trois termes sont régulièrement utilisés pour recouvrir des réalités similaires, que ce soit dans la littérature scientifique ou dans les textes d'institutions publiques. Par ailleurs, le terme maltraitance équivaut régulièrement dans la version anglaise d'un même document au terme *abuse*.

Nous expliquerons le choix opéré pour le terme « maltraitance » dans ce travail, lequel nous apparaît avoir des spécificités importantes dans le type de violence que nous voulons aborder ici : celle subie par les patients dans la relation de soin.

1.1. Définitions de la maltraitance

D'après le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) français, « maltraiter », c'est « faire subir de mauvais traitements à quelqu'un (ou à un animal), avec plus ou moins de violence, physique ou non ». (*Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales*, s. d.)

L'Académie Française définit de son côté la maltraitance comme « le fait d'infliger des mauvais traitements à un être vivant ». Elle complète en donnant des exemples d'utilisation du terme : « les victimes de maltraitance. La maltraitance des enfants, des personnes dépendantes. Maltraitance physique, psychologique. Des associations luttent contre la maltraitance des animaux ». (*Académie Française*, s.d.)

Enfin, le Larousse précise l'objet possible de la maltraitance en la définissant en tant que « mauvais traitements envers une catégorie de personnes (enfants, personnes âgées, etc.) ». (Larousse, s.d.)

On voit ici que non seulement l'**objet** est évoqué (être vivant ou catégorie d'êtres vivants) mais qu'est introduite également l'existence de différentes **formes** de maltraitance (celle-ci ne se limitant pas à la violence physique).

Cependant, toutes ces définitions nous obligent à aller un pas plus loin : que veut dire alors « mauvais traitements » ? N'est-il pas facétieux de définir la maltraitance en se limitant à la construction étymologique du mot ?

Le « traitement » est, selon le CTNRL, la « manière d'agir avec quelqu'un ». Il précise que le mot est particulièrement utilisé dans la notion de « mauvais traitements, coups, sévices, violences ». (*Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales*, s. d.)

De son côté, l'Académie française définit le « traitement » en tant qu'« accueil, réception, manière d'agir avec quelqu'un » et associe « violence », « coups » et « voies de fait » à l'expression « mauvais traitements ». (*Académie Française*, s.d.)

Le dictionnaire Larousse définit également le traitement par la « manière d'agir » tout en combinant les termes utilisés par les deux institutions précédentes pour composer la définition des « mauvais traitements » : « coups, voies de fait, sévices ». (Larousse, s.d.)

Voilà qui nous oriente vers une nouvelle caractéristique des maltraitances : la notion de « sévices » ajoute à la définition l'élément de **pouvoir ou d'autorité** sur la personne qui se voit infliger les mauvais traitements.

Quittons la linguistique pour s'intéresser aux textes internationaux.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la violence (et non la maltraitance) comme « la menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un maldéveloppement ou des privations » (OMS, 2002).

La définition de l'OMS aborde ainsi les **conséquences** (y compris les conséquences fortement probables) de la violence.

Cependant, l'OMS utilise également le terme « maltraitance » (ou « mauvais traitements ») qu'elle définit alors de manière spécifique, lorsque celle-ci (ou ceux-ci) concerne (concernent) les enfants, les personnes âgées ou encore les femmes durant le travail et l'accouchement. (OMS, 2002 ; WHO, 2018)

Dans son document de politique concernant la lutte contre la maltraitance des personnes âgées, l'OMS spécifie ainsi la différence qu'elle entend entre violence et maltraitance : « L'OMS considère la 'maltraitance des personnes âgées' comme un sous-ensemble de la catégorie plus large de la violence à l'égard des personnes âgées [...]. La violence à l'égard des personnes âgées comprend à la fois la violence qui se produit dans le cadre d'une relation censée être une relation de confiance (c.-à-d. la violence [*sic*] envers les personnes âgées) et celle qui se produit en dehors de ces relations [...] » (OMS, 2022). Un coup d'œil à la version anglaise¹ permet de constater l'erreur de traduction, rendant inintelligible la phrase en langue française : le mot « violence » doit être remplacé lors de sa 3^e occurrence par « maltraitance ». L'OMS place donc la maltraitance dans le cadre d'une **relation de confiance**.

De la même manière, l'OMS considère que les maltraitances infligées aux enfants le sont dans « le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir » (OMS, 2022).

Du côté européen, c'est au Conseil de l'Europe que l'on doit une première définition de la violence en 1987, à l'occasion du Colloque sur la violence au sein de la famille : la violence est « 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 autre personne ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière ». (Berg et al., 2014)

En 2002, un rapport édité par le même Conseil utilise cette fois le terme « abus » : « 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 ou au bien-être général d'une personne

¹ “WHO considers ‘elder abuse’ or ‘abuse of older people’ to be a sub-set of the broader category of violence against older people (...) Violence against older people includes both violence that occurs within a relationship in which there is expectation of trust (i.e. abuse of older people) and violence which occurs outside such relationships (...)”

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. » (Brown, 2002)

La **vulnérabilité** est donc présentée ici comme une caractéristique additionnelle de l'abus (ou maltraitance, les deux termes sont utilisés indifféremment dans le texte) par rapport à la violence.

Par ailleurs, le Conseil souligne le caractère **volontaire ou involontaire** de l'abus, là où l'OMS attribuait une intention à l'auteur d'actes de violence.

Le rapport précise encore que les abus peuvent prendre **différentes formes**, ce qu'abordent également les textes de l'OMS. (Brown, 2002; OMS, 2002, 2022)

1.2. Les éléments constitutifs des définitions

1.2.1. Une relation spécifique

A la lumière des définitions ci-dessus, la maltraitance, à la différence de la violence, s'opérerait entre autres dans le cadre d'une relation où la confiance devrait être de mise. Si les définitions de la confiance sont multiples, le philosophe Philippe Svandra note globalement deux champs lexicaux, issus des synonymes du mot : l'un renvoyant à la croyance, la foi, l'autre au sentiment de sécurité (Svandra, 2024). Par la confiance qu'il accorde, un individu se fie, s'abandonne à la bonne foi et à la bienveillance d'un autre (Marzano, 2012). La maltraitance profiterait alors du sentiment de sécurité et de la croyance en la fiabilité, prenant la forme d'un abus de confiance.

La confiance se déploierait d'emblée en situation d'autorité. L'expression « faire autorité », est d'ailleurs exemplaire de la confiance que l'autorité porterait en elle. Cependant, autorité et pouvoir sont largement utilisés l'un pour l'autre dans le langage courant. Des auteurs invitent à les différencier, le pouvoir se référant à une réalité hiérarchique ou à la capacité d'imposer, dans une relation sociale, sa propre volonté ; l'autorité relevant plutôt d'une place dans la réalité psychique et s'apparentant au pouvoir lorsque celui-ci est « légitime et reconnu ». (Herfray,

2012; Moulène, 2014)

On pourrait alors distinguer abus de pouvoir et abus d'autorité, l'un étant susceptible d'utiliser la coercition, l'autre profitant de la légitimité qu'il suscite auprès de sa victime. L'abus d'autorité serait alors à la fois un abus de pouvoir et un abus de confiance.

Il est facile de concevoir que les abus puissent s'exercer dans des situations de dépendance, où un individu, par sa vulnérabilité, est soumis au pouvoir d'autrui, qu'il soit habité ou non par un sentiment de confiance à l'égard de cette personne. Mais qu'est-ce qu'un individu vulnérable ?

1.2.2. Une condition particulière : la vulnérabilité

La vulnérabilité peut s'envisager selon plusieurs perspectives.

Au-delà de la vulnérabilité en tant que fragilité fondamentale de l'être humain, l'éthique du « prendre soin » (éthique du *care*), envisage la vulnérabilité des vies en tant que vies dont il faut « prendre soin ». La vulnérabilité s'inscrit alors dans une nécessité de dépendance, elle-même facteur de vulnérabilité par la relation asymétrique qu'elle représente. (Brugère, 2021)

On peut alors se demander quelles fragilités justifieraient que l'on prenne soin de l'autre.

Dans un rapport intitulé « la violence envers les groupes vulnérables », rédigé à la demande du Conseil de l'Europe, l'auteure envisage les caractéristiques individuelles de la vulnérabilité comme la jeunesse, le handicap ou la vieillesse. Mais le rapport plaide aussi pour l'utilisation d'un modèle structurel de la vulnérabilité, qui puisse rendre compte de la violence « envers d'autres groupes rendus vulnérables par la discrimination et le désavantage social ». (Brown, 2004)

La volonté de replacer la vulnérabilité au cœur des interactions sociales se retrouve également dans la démarche de consensus national en France, réalisée autour de la question de la maltraitance. L'objectif de définir la maltraitance envers les « personnes vulnérables » a ainsi évolué vers une définition de la maltraitance envers une « personne en situation de vulnérabilité ». Dans ce cadre,

la vulnérabilité est reconnue comme « une difficulté voire impossibilité de se défendre ou de faire cesser une maltraitance à son égard ou de faire valoir ses droits du fait de son âge (dans le cas d'un mineur), de son état de santé, d'une situation de handicap, d'un environnement inadapté ou violent, d'une situation de précarité ou d'une relation d'emprise ». (Boullard, 2022)

1.2.3. La question de l'intentionnalité

Au premier abord, la question de l'intentionnalité ne semble pas si tranchée. En effet, là où l'OMS parle de « la menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir » (OMS, 2002), le Conseil de l'Europe considère que l'abus est « tout acte, ou omission, qui a pour effet de porter gravement atteinte, que ce soit de manière volontaire ou involontaire [...] ». (Brown, 2002).

La contradiction entre les positions de l'OMS et du Conseil de l'Europe n'est pourtant qu'apparente.

L'OMS apporte en effet des précisions sur la question de l'intentionnalité : « l'intention de recourir à la force ne signifie pas nécessairement qu'il y a intention de causer un préjudice. En fait, il peut y avoir une grande disparité entre le comportement voulu et la conséquence recherchée ». L'OMS rappelle donc qu'elle définit la violence au regard de la santé et du bien-être des personnes. (OMS, 2002)

Ainsi, tant le risque de préjudice que le préjudice lui-même peuvent ne pas être perçus par l'auteur. Les deux institutions se rejoignent donc sur la question en se concentrant sur l'existence de conséquences néfastes plutôt que sur une possible intention de nuire.

Citons, à titre d'exemple, les maltraitances ou violences éducatives qualifiées « d'ordinaires » : des violences répétées, banalisées, qui souvent ne sont pas considérées comme violence par celles et ceux qui les exercent ou sont légitimées par eux en fonction d'une atteinte d'objectif éducatif. Ces violences sont reconnues notamment en droit français et ont été abordées par le Délégué général aux droits de l'enfant en Belgique (Loi no 2019-721 du 10 juillet 2019 relative à l'interdiction des violences éducatives ordinaires, 2019; Délégué général aux

droits de l'enfant, 2019).

1.2.4. Les conséquences

Notons tout d'abord que les textes de l'OMS prennent en considération non seulement les conséquences mais également le risque de conséquences des violences. Les conséquences seront effectives ou potentielles, tel que décrit dans le « Rapport mondial sur la violence et la santé » (« qui entraîne ou risque fortement d'entraîner ») ou dans la définition des maltraitances aux enfants (« entraînant un préjudice réel ou potentiel »). (Krug et al., 2002; *Maltraitance des enfants*, s. d.)

Ensuite, les conséquences sont réputées pouvoir être d'ordre physique, psychique, social et/ou financier.

Rappelons ainsi la définition initiale du Conseil de l'Europe qui conditionne la violence au fait que l'acte ou omission « porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière ».

1.2.5. Différentes formes de maltraitances

Deux grands types de maltraitance peuvent être dégagées des définitions de la maltraitance vues plus haut : la maltraitance « active » (l'acte) et la maltraitance « passive » (l'omission, la négligence).

La distinction est assez claire dans les textes européens mais demande un éclaircissement de la définition de la violence par l'OMS.

En effet, si pour l'OMS, la violence est « force physique ou pouvoir », on peut déduire des définitions de la maltraitance lorsqu'elle est appliquée à certains groupes particuliers qu'il faut entendre par « pouvoir » la possibilité de « refuser de s'acquitter d'une obligation de soin ou ne pas s'en acquitter », cette attitude étant d'ailleurs qualifiée de « négligence ». (OMS, 2002)

Aux côtés de la maltraitance « passive », la maltraitance « active » se décline en plusieurs formes, permettant de dégager globalement 4 grandes formes de maltraitements :

- la violence physique,
- la violence sexuelle,
- la violence psychologique,
- la négligence,

auxquelles on pourrait ajouter une cinquième catégorie : les violences financières et matérielles. On retrouve ces dernières décrites tantôt dans un groupe ou dans l'autre en fonction des textes. (Brown, 2022; Comité économique et social européen, 2008; OMS, 2002)

L'application du mot « maltraitance » plus particulièrement à certaines catégories d'individus bien définies, ainsi que certains éléments constitutifs des définitions, nous amène à nous poser la question d'une forme de gravité supplémentaire dans la maltraitance, par rapport à la violence.

1.3. Maltraitance, une violence aggravée ?

L'utilisation croissante d'un terme spécifique pour désigner certains types de violence dénote, nous semble-t-il, une forme de consensus toujours plus large sur la gravité particulière reconnue à ceux-ci. L'attention politique portée à certains groupes précis illustre sans doute aussi cette perspective.

Certains éléments constitutifs des définitions de la maltraitance sont d'ailleurs soulignés comme facteurs de gravité dans les textes européens. Ainsi l'existence d'une relation de confiance entre l'auteur et la victime rend l'abus « particulièrement grave » selon Conseil de l'Europe, lorsque cette relation de confiance est caractérisée « par une position de force fondée sur :

- la situation juridique, professionnelle ou hiérarchique de l'auteur de l'abus,
- son pouvoir physique, économique ou social,
- le fait qu'il soit chargé de s'occuper de cette personne au jour le jour,

- et/ou les inégalités fondées sur le sexe, la race, la religion ou l'orientation sexuelle. » (Brown, 2002)

L'existence d'un rapport de pouvoir est ainsi mise en évidence dans ce qui fait la gravité d'une maltraitance, de même que la vulnérabilité, citée plus loin dans le texte comme critère de sévérité.

Cependant, si l'on peut facilement concevoir la justification d'une hiérarchisation fondée sur une forme de pouvoir qu'une personne se trouve avoir sur une autre particulièrement vulnérable en termes de responsabilité supplémentaire ou de devoir moral, on peut se questionner sur la pertinence d'hiérarchiser les maltraitances entre elles.

Il est courant de fonder la gravité sur l'acte (ou l'abstention) lui-même, sur la forme de la maltraitance. Dans une étude articulant abus dans les soins de santé et choix obstétricaux des patientes, les abus ont ainsi été répartis suivant le *NorVold Abuse Questionnaire* (NorAQ) en *mild healthcare abuse*, *moderate healthcare abuse* et *severe healthcare abuse* sur base d'une gradation allant de l'expérience vécue de violences essentiellement psychologiques à l'expérience de viol et d'utilisation du corps par l'abuseur à des fins personnelles.

Une classification de ce type, si elle a l'avantage d'offrir une lisibilité aux résultats, ne nous paraît pas juste à l'égard de la victime, ni idéale dans une visée de prévention.

Les textes européens proposent de prendre en considération d'autres types de critères dans l'évaluation de la gravité des maltraitances tels que :

- le degré de vulnérabilité,
- la dépendance,
- la répétition de la maltraitance,
- les conséquences sur la victime,
- les conséquences sur l'entourage,
- l'intentionnalité de l'auteur,
- le risque de récurrence. (Brown, 2002)

L'objectif de ce mémoire n'est pas de déterminer la meilleure façon de définir la gravité, démarche d'ailleurs vaine car cela impliquerait un jugement sur base de valeurs qui sont propres à chacun. Mais regarder l'ensemble des facteurs de gravité qui peuvent être envisagés permet d'appréhender la réalité de l'autre, qui est toujours, même si certaines valeurs sont partagées, différente de la nôtre.

1.4. Application au domaine des soins de santé

Au regard des définitions de la maltraitance, nous pouvons relever les similitudes avec certaines situations de soin.

1.4.1. Relation particulière et vulnérabilité

La relation de soins se caractérise en effet autant par l'asymétrie entre le patient et le professionnel de santé que par la dépendance de l'un par rapport à l'autre.

(Casagrande, 2012; Entwistle et al., 2023)

L'**asymétrie** est tout d'abord une asymétrie de savoirs. Le professionnel de santé détient les connaissances qui lui permettent d'évaluer la situation de santé et de prodiguer les soins. Ces connaissances lui donnent donc un pouvoir de décision et d'action sur le patient, qui doit « s'en remettre » à lui. (Entwistle et al., 2023; Zielinski, 2011)

C'est aussi une asymétrie liée à l'état de santé : les positions physique (lors de soins alités par exemple) et psychique (d'autorité, matérialisée éventuellement par la « blouse blanche ») rendent compte d'une inégalité dans la relation liée à la vulnérabilité du patient. (Zielinski, 2011)

La **dépendance** du patient par rapport au professionnel de santé réside dans la nécessité pour lui d'avoir recours au soignant pour satisfaire ses besoins de santé, voire ses besoins primaires. (Brugère, 2021; Casagrande, 2012; Entwistle et al., 2023)

Ces caractéristiques de la relation de soin offrent les conditions pour qu'un abus de pouvoir puisse être commis.

1.4.2. La question de l'intentionnalité

Nous avons vu plus haut que l'intentionnalité n'était pas nécessaire pour que la maltraitance existe.

Dans les soins, des patients peuvent de sentir non respectés alors que l'intention du professionnel de santé n'était pas de les maltraiter. (Entwistle et al., 2023; Moulias et al., 2020; Swahnberg et Wijma, 2012)

Selon Moulias et al (2020), « deux situations paradoxales conduisent à un effet nocif sans intention de nuire. Soit l'action insuffisante ou inadaptée est réalisée avec la conscience douloureuse de l'absence d'alternative : désorganisation ; instructions reçues inadéquates ; manque de temps, de référent compétent ou de matériel. Soit l'action inadaptée ou nuisible est réalisée en croyant bien faire (inconscience des besoins, ignorance par manque de spécialisation ou de formation) ».

Pour le patient, il est parfois difficile aussi d'interpréter l'intention du soignant. L'incertitude de l'expérience peut alors lui causer une charge cognitive et émotionnelle, une recherche de sens à l'événement. (Entwistle et al., 2023)

Dans les résultats de l'étude menée par Swahnberg et Wijma (2012) et mettant en évidence les différences de perception, on constate également que dans certaines situations, le professionnel de santé peut n'avoir aucune conscience qu'il maltraite, même si l'expérience est vécue comme telle par le patient.

« Je les observe s'occupant de mon corps. Je sens qu'ils en prennent soin même quand ils me font mal. Mais ils en disposent sans forcément m'expliquer ce qu'ils font ou ce qu'ils cherchent à faire. Ils exigent, pas toujours gentiment, ma docilité, ma coopération. Quand deux ou trois soignants s'occupent de Vous, elles se parlent souvent entre elles, au-dessus de vous, comme si

vous n'étiez pas là, de choses les concernant voire de leurs vacances. Elles admettent rarement que vous avez quelque chose à dire sur votre corps, même pour les aider, considérant votre intervention comme une contestation de leur compétence ou une remise en cause de leur professionnalisme. J'éprouve un sentiment de dépossession car ma nudité m'humilie et me rend encore plus vulnérable. J'étais dépendant, me voilà sans défense. »

Témoignage d'un patient (Maupetit et Al Agha, 2019)

Nous avons cité l'exemple des maltraitances éducatives ordinaires, ces maltraitances ordinaires, banales et parfois à peine identifiées, existent aussi dans le soin, en témoigne ces mots d'un patient, rapportés par Maupetit et Al Agha (2019).

Enfin, il peut exister une mauvaise intention, des « actions volontaires, pour un intérêt personnel, ou par besoin de nuire, faire souffrir. Le terme maltraitance peut banaliser des actions délictueuses relevant de la délinquance ». (Moulias et al., 2020)

1.4.3. Formes et conséquences des maltraitances

On peut sans difficulté imaginer que les 5 formes de maltraitances déjà décrites puissent survenir dans une relation de soin (violence physique, violence sexuelle, violence psychologique, négligence, et violence financière ou matérielle).

D'autres terminologies sont possibles et nous avons constaté que plusieurs études utilisaient un même modèle pour décrire les maltraitances dans les soins : le *NorVold Abuse Questionnaire* (NorAQ), déjà mentionné (tableau 1). Destiné aux patients, le questionnaire associe forme et vécu de maltraitance. (Brüggemann et al., 2012; Lukasse et al., 2015; Swahnberg et Wijma, 2012)

Mild AHC	Have you ever felt offended or grossly degraded while visiting health services, felt that someone exercised blackmail against you or did not show respect for your opinion – in such a way that you later were disturbed by or suffered from the experience?
Moderate AHC	Have you ever experienced that a “normal event”, while visiting health services, suddenly became a really terrible and insulting experience, without you fully knowing how this could happen?
Severe AHC	Have you experienced anybody in the health services purposely, as you understood it, hurting you physically or emotionally, grossly violating you or using your body and your subordinated position to his or hers own advantage?
Answering options	No, never Yes, as a child (<18) Yes, as an adult (≥ 18) Yes, both as a child and an adult

Tableau 1- Lukasse et al., 2015

Dans l'étude de Lukasse et al. (2015), les réponses de patientes enceintes ont été associées notamment avec leur souffrance actuelle et des caractéristiques obstétricales.

L'étude conclut que parmi les femmes enceintes interrogées, une expérience antérieure d'abus dans les soins de santé était courante (une patiente sur 5) et communément associée à une souffrance encore éprouvée. Une souffrance sévère actuelle est par ailleurs associée à une peur de l'accouchement et un souhait de césarienne.

Face à des maltraitances subies dans les soins qui leur sont prodigués, les patients peuvent adopter différentes stratégies (Brüggemann, 2015) :

- Stratégies d'évitement : évitement du système de santé, d'un prestataire en particulier, d'une situation de soin, diminution du recours aux soins.
- Stratégie de la parole, sous forme de plaintes, formelles ou non.

En termes de plaintes, les violences peuvent être portées sur la scène judiciaire, adoptant alors une nouvelle gradation suivant la gravité de l'acte, telle que définie cette fois par les textes juridiques. (Davous et al., 2014). Voilà qui détermine un autre type de conséquences : celles que le soignant aura éventuellement à assumer.

Pour le patient, l'expérience des maltraitances pourra amener des conséquences tant sur sa santé physique que sa santé mentale. (Lukasse et al., 2015; Maupetit et Al Agha, 2019; Wijma et al, 2016)

Wijma et al. (2016) rapporte le vécu de patients après un abus dans les soins de santé. Les femmes témoignaient de leur incapacité à exprimer leurs émotions et se sentaient impuissantes, ignorées et traitées avec insouciance et sans empathie. Les hommes exprimaient plutôt une crise de confiance dans le système de santé, aux côtés d'une frustration et d'un sentiment d'être ignorés.

Mais si les éléments de définition des maltraitances semblent pouvoir s'appliquer si aisément à la relation soignant-soigné, pourquoi est-il alors aussi difficile de penser les maltraitances dans les soins de santé ?

2. Ce qui empêche de penser la maltraitance dans les soins

2.1. Un paradoxe

« As we are there to help patients who suffer it is impossible that we can hurt and harm them. »²

*Témoignage d'un gynécologue,
(Wijma et al., 2016)*

Les maltraitances dans les soins de santé relèvent d'un paradoxe difficilement supportable. L'idéal du métier de soignant est d'alléger la souffrance du patient et non de lui infliger des souffrances inutiles. Alors que l'on souhaite « traiter » comment concevoir « maltraiter » ? (Davous et al., 2014; Wijma et al., 2016)

Comment imaginer que la violence se déploie à l'hôpital par exemple, « où l'hospitalité est en principe de mise, où l'identité même du travail prend le sens de

² « Comme nous sommes là pour aider les patients qui souffrent, il est impossible que nous puissions les blesser et leur faire du mal. »

porter secours aux souffrances d'autrui, de soigner des maladies et des détresses humaines » ? (Davous et al., 2014).

Le paradoxe s'exprime aussi dans la lutte elle-même contre les maltraitances, celles perpétrées hors du système de santé. En effet, les différentes politiques utilisent généralement le système de santé comme instrument de lutte.

2.2. Méconnaissance et banalisation

La maltraitance des patients par des professionnels de santé peut prendre des formes variées et parfois subtiles. Lorsqu'elle est physique, elle est reconnue plus facilement en tant que telle. Elle peut pourtant aussi inclure des abus verbaux (par exemple, des commentaires jugés comme légitimes par les soignants mais perçus par les patients comme humiliants). Même physique, elle peut être envisagée comme un acte de soin nécessaire alors même que le patient refuse d'y consentir. (Alzyoud, 2022; Wijma et al., 2016)

Le cas de la violence ordinaire est évidemment exemplaire d'une routine qui n'encourage pas la reconnaissance d'une maltraitance. Pourtant, les soignants sont « tous témoins de maltraitances « *ordinaires* » et acteurs parfois de ces maltraitances banalisées, admises au quotidien au point d'en devenir invisibles, parfois ignorées par les professionnels ou même intériorisées par les patients eux-mêmes pouvant dire « *c'est normal* » (Maupetit et Al Agha, 2019).

La démarche de dire ces maltraitances est difficile, en ce qu'elle confronte les professionnels à la remise en cause de la quiétude de leurs savoirs. (Maupetit et Al Agha, 2019)

2.3. Silence, on soigne !

Une caractéristique des maltraitances dans les soins est le silence qui les entourent, un silence souvent partagé à plusieurs.

Du côté des professionnels, certains freins puissants sont à l'œuvre (Maupetit et Al Agha, 2019; Wijma et al., 2016) :

- la peur des conséquences professionnelles : jugement des pairs, représailles de l'institution,
- la honte et la culpabilité : sentiment de ne pas accomplir correctement son métier, notamment à cause de conditions de travail qui lui sont imposées (on parle aussi de « souffrance éthique »),
- l'impuissance : incapacité à être acteur de changement,
- le manque d'espace et de temps pour la parole,
- la banalisation de certains actes.

Le patient, lui aussi, peut éprouver des sentiments de honte, de culpabilité et d'impuissance (Wijma et al., 2016). L'étude de Brüggemann et al. (2012) montre ainsi que parmi les patients qui avaient expérimenté des transgressions des principes éthiques de la part des professionnels, 70.3 % étaient restés silencieux concernant au moins une transgression.

Le silence du patient peut être renforcé par le manque de reconnaissance, la non légitimation de son vécu d'abus. (Wijma et al., 2016).

Enfin, le silence peut également être celui de l'étudiant qui assiste à des maltraitements infligés à un patient. L'abus de pouvoir dont il est le témoin impuissant fait violence à l'étudiant lui-même, il peut lui être difficile de « mettre des mots sur l'innommable ». (Parent, 2013)

Par ailleurs, révéler une maltraitance peut placer l'étudiant face à un dilemme insoluble : choisir entre le bien du patient et sa loyauté envers ses collègues, superviseurs, employeur. (Mansbach et al., 2012)

Nous pensons cependant que cette communauté de ressentis entre professionnels de santé et patients devrait les encourager à briser le silence.

2.4. Une maltraitance incontournable ?

« Devenir soignant, c'est [...] apprendre à transgresser. » C'est en ces termes que Parent (2013) expose une réalité indissociable du soin : les professionnels sont amenés à réaliser des gestes transgressifs, normalement interdits. Soigner, c'est une forme de violence faite au corps du patient et la société ne la tolère qu'au titre

d'exception dans la pratique des soins. (Malherbe, 2009; Parent, 2013; Ravez, 2002)

Les professionnels de santé ont donc une responsabilité de transgresser, qui peut les amener à ne pas reconnaître dans quelles circonstances la transgression n'est plus acceptable. (Parent, 2013)

La modèlè biomédical, dont les soins sont parfois encore imprégnés, ralentit le passage du corps-objet au corps-sujet, et peut rendre difficile la distinction entre soins bientraitants et soins maltraitants.

2.5. Le sentiment d'injustice vécu par le soignant

Le terme de maltraitance, pointant les professionnels comme auteurs d'un mal envers le patient, est parfois vécu comme blessant par ceux-ci. (Moulias et al., 2020)

Comme nous l'avons vu dans le témoignage plus haut, l'objectif noble « d'aider les patients qui souffrent » peut rendre inconcevable pour le soignant l'éventualité de nuire. Quand il est confronté au vécu d'abus du patient alors qu'il visait son bien, le professionnel peut être amené à rejeter le problème de manière agressive ou défendre l'action abusive. (Wijma et al., 2016)

Certains soulignent d'ailleurs, en réaction de défense, qu'eux aussi vivent des abus. (Brüggemann et al., 2012)

Rappelons également que la maltraitance est régulièrement non intentionnelle, voire non perçue. (Brüggemann et al., 2012)

Ce sentiment d'injustice conduit certains professionnels à refuser l'utilisation du mot « maltraitance » ou « violence » dans le cadre des soins qu'ils prodiguent, lui préférant le mot « bientraitance ».

3. Penser la maltraitance plutôt que la bientraitance ?

Nous avons vu plus haut qu'il était possible d'envisager l'existence de la maltraitance (au sens des définitions étudiées) dans des situations de soins. Mais est-il souhaitable de parler en termes de maltraitance ?

Les avis divergent.

Moulias et al. (2019) soulignent que l'inconvénient du mot maltraitance est de regrouper sous un seul nom des faits de nature tout à fait différentes : « abus (de pouvoir, de faiblesse), délits et violences volontaires (violences psychiques et physiques, vols et escroqueries, agressions sexuelles), pratiques professionnelles inappropriées et organisations inadaptées ». Un viol aussi bien qu'un délai d'attente après appel par sonnette sont dès lors qualifiés de la même manière.

Les mêmes auteurs relèvent cependant que l'extension du mot maltraitements à certaines situations a fait sortir celles-ci du silence et de l'invisibilité.

En France, le choix s'est parfois orienté résolument vers l'utilisation du terme « bientraitance », que l'on retrouve désormais dans les recommandations de la Haute Autorité de Santé. Ainsi, le texte intitulé « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre » (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, ANESM, 2008), souligne que le choix du concept de bientraitance signe l'affirmation d'une démarche positive, volontariste, en situant « les intentions et les actes des professionnels dans un horizon d'amélioration continue des pratiques ».

L'ANESM pense cependant que la proximité des deux concepts (bientraitance et maltraitance) doit permettre de conserver une « vigilance incontournable ».

Certains auteurs se montrent sceptique à l'égard de ce choix.

Ainsi, Di Patrizio (2022) relève que malgré ces bonnes intentions, les situations de maltraitance auprès des personnes âgées et adultes en situations de handicap continuent à augmenter et que les chiffres officiels sont sans doute encore en-deçà de la réalité. Il se dit embarrassé par les discours sur la maltraitance, considérant que ceux-ci deviendraient normatifs et s'apparenteraient plus à « une forme plus

ou moins déguisée de prescription ». Le soin qui serait vanté ne correspondrait pas au quotidien des professionnels de santé.

Dans son dernier ouvrage « Les tentations de l’Ethique », le philosophe et professeur de médecine Emmanuel Fournier se pose la même question. « La promotion de la bientraitance », relève-t-il, « n’est-elle pas devenue un moyen de détourner l’attention vis-à-vis de la maltraitance et de se dispenser du travail de lutte contre celle-ci ? Il n’est pas certain en effet que les pratiques maltraitantes aient disparu des situations de soin et qu’on ait éradiqué la maltraitance en la couvrant de labels et d’opérations de promotion. » (Fournier, 2023)

Selon Entwistle et al. (2023), la volonté de bientraitance ne permet pas forcément d’éviter les maltraitances. Ils soulignent ainsi que même des soignants animés par la volonté d’être respectueux peuvent éprouver des difficultés, à partir de leur position privilégiée, à reconnaître certaines expériences de manque de respect.

Enfin, on peut se questionner sur le risque, si l’on ne s’intéresse pas à la maltraitance, de l’envisager comme « un manque de quelque chose de souhaitable plutôt que comme quelque-chose qui est mauvais et sérieusement nuisible ». (Entwistle et al., 2023)

Au regard des travaux qui concernent plus particulièrement l’expérience des étudiants en stage, cibler la maltraitance en tant que telle est manifestement pertinente. Parent (2013) note ainsi que certains étudiants « avaient été témoins, impuissants et troublés, de conduites qu’ils désapprouvaient, sans possibilité d’expression ni d’élaboration ».

Par ailleurs, les étudiants kinésithérapeutes, autant que les kinésithérapeutes eux-mêmes, souhaitent agir lors qu’ils sont témoins d’actes qui sont préjudiciables ou injustes à l’égard des patients. (Mansbach et al, 2012)

Nous en concluons que penser la bientraitance est vertueux mais qu’on ne peut pour autant faire l’économie de se pencher sur la maltraitance, si l’on veut la rapporter autant que l’étudier. Et rendre compte d’une maltraitance, c’est effectivement la nommer.

4. Prévalence de la maltraitance dans les soins

La difficulté à identifier les maltraitances dans les soins, la difficulté à les rapporter, rendent délicate la question de déterminer leur prévalence.

Deux méta-analyses et revues systématiques peuvent cependant nous éclairer un peu.

La première concerne les violences perpétrées par les professionnels de santé dans le soin à long-terme (Conti et al., 2022). Il faut noter cependant que les études retenues dans le cadre de cette méta-analyse et revue systématique concernent majoritairement les personnes âgées. Deux enseignements peuvent être principalement tirés :

- La contention physique (22 %), la violence verbale (22 %) et la négligence (20 %) atteignent la prévalence globale la plus élevée, tandis que la violence sexuelle est moins signalée (2 %).
- En général, les abus observés sont considérablement plus nombreux et la violence peut être sous-estimée, en particulier lorsqu'elle fait l'objet d'une enquête à l'aide d'outils d'auto-déclaration.

La seconde méta-analyse et revue systématique est consacrée à la prévalence des abus envers les personnes âgées en institutions (Yon et al., 2018). On peut en retenir que :

- Les estimations globales de maltraitance, basées sur les rapports du personnel, suggèrent que 64,2 % du personnel a admis avoir maltraité des personnes âgées au cours de l'année écoulée.
- Les estimations de prévalence des sous-types de violence signalés par les résidents âgés étaient les plus élevées pour la violence psychologique (33,4 %), suivie de la violence physique (14,1 %), financière (13,8 %), de la négligence (11,6 %) et de la violence sexuelle (1,9 %).

Rappelons-nous aussi l'étude de Lukasse et al. (2015) qui soulignait l'expérience, par 1 femme enceinte sur 5, d'abus antérieur(s) dans les soins de santé.

Ces quelques chiffres nous laissent à penser que la maltraitance dans les soins est courante, même si le sujet devrait faire l'objet d'études supplémentaires.

5. Origines de la maltraitance

5.1. L'individu

Différentes causes individuelles (ou inter-individuelles) sont mentionnées par les auteurs. Elles tiennent à une érosion des ressources morales et à l'appauvrissement des relations interpersonnelles (Alzyoud et al., 2022; Wijma et al., 2016) :

- Erosion des ressources morales : la fragmentation de la responsabilité, la distance aux autres, la peur, la difficulté à faire face à un système de valeurs imposé par exemple par l'institution, un glissement moral (un changement si graduel vers des comportements moins humains, qu'il passerait inaperçu), un manque de compassion.
- Les relations interpersonnelles : la faiblesse des relations avec les superviseurs ou les collègues, la distance imposée notamment par la technologie, le manque de support social.

Moulias et al. (2020) y ajoutent un manque de formation, dû notamment aux carences de la formation initiale en matière d'analyse des pratiques.

Cependant, il faut noter l'influence des facteurs institutionnels sur la capacité des professionnels de santé à prodiguer des soins respectueux. On note d'ailleurs une certaine injustice car seules les maltraitements directs sont visibles alors qu'elles sont conditionnées, pour une partie d'entre elles, par des violences institutionnelles. (Alzyoud et al., 2022)

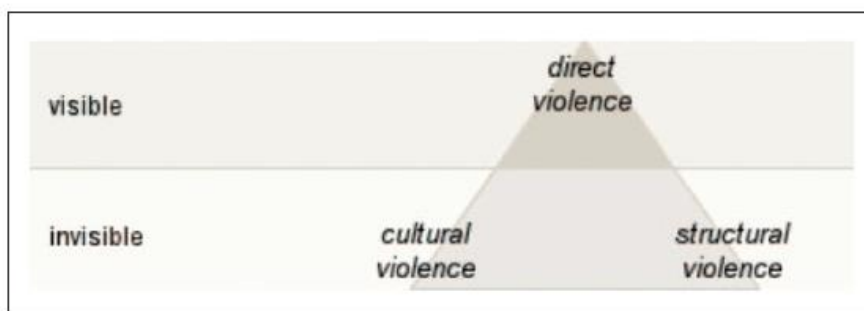


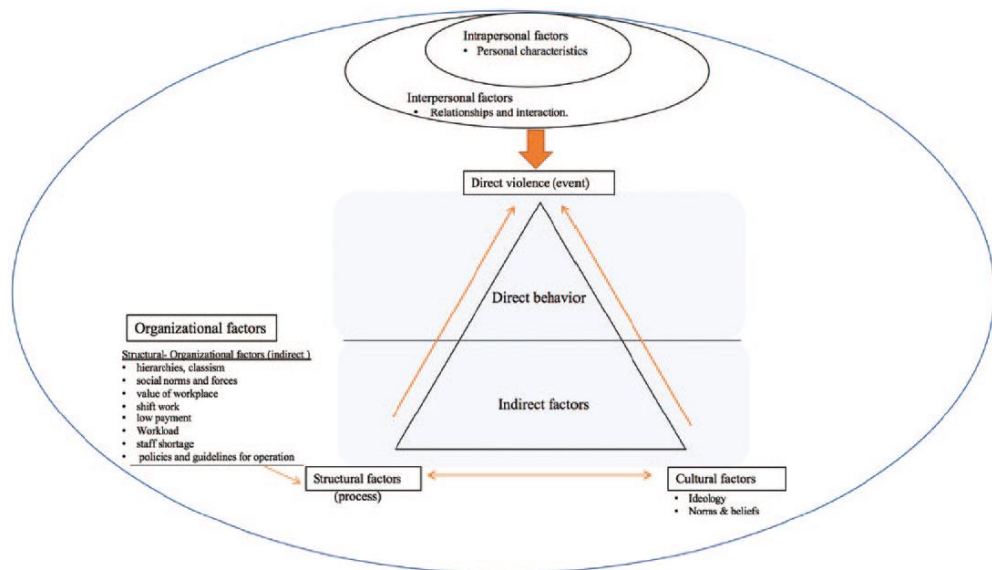
Figure 1 - Triangle de la violence de Galtung (Alzyoud et al., 2022)

Le triangle de la violence de Galtung (Figure 1) illustre cette problématique. Il considère que la violence directe, celle qui est reconnue, est légitimée et nourrie par la violence structurelle (hiérarchique) et la violence culturelle (les idéologies par exemple). Il souligne ainsi un flux de causalité du bas du triangle vers le haut du triangle. (Alzyoud et al., 2022)

Ceci nous amène à considérer les causes institutionnelles des maltraitances.

5.2. L'institution

Revenons au triangle de la violence de Galtung. Alzyoud et al. (2022) propose une nouvelle représentation des relations entre les différents types de violence en y intégrant les différents types de facteurs à la source de ces violences (Figure 2).



*Figure 2 - Patient Abuse in Healthcare:
A Theoretical Model (Alzyoud et al., 2022)*

La violence structurelle représente la structure institutionnelle, qui peut avoir un impact négatif sur professionnels. En ne leur permettant pas de combler leurs besoins basiques, elle favorise la violence directe. (Alzyoud et al., 2022)

6. Quels outils en formation pour lutter contre la maltraitance ?

La formation éthique, la formation psychologique, la formation à la communication comme celle au toucher thérapeutique sont évidemment des outils précieux dans l'appréhension des problématiques du respect de l'autre et ne doivent certainement pas être négligées.

Cependant, des lectures qui ont fait le fil de ce mémoire, est apparu un outil qui nous semble encore peu exploité : **le théâtre forum**. Nous nous proposons d'en dire quelques mots avant de tirer les conclusions de notre travail.

Plusieurs textes ont souligné la pertinence d'analyser des situations de soins lors de la formation (Moulias et al., 2020; Parent, 2013). Situations vécues par les étudiants lors de leurs stages et qui demandent à être élaborées, situations sur des problématiques abordées dans d'autres aspects de la formation ou pourquoi pas, situations amenées par des patients, toutes peuvent faire le sujet d'une pièce particulière jouée dans le cadre du théâtre-forum.

C'est l'outil qui a été utilisé plus particulièrement dans l'étude de Brüggemann et al. (2019) en Suède. Les retours des participants sont encourageants, en témoigne leur sentiment d'avoir « renforcé leur conscience et stimulé un plus grand sens des responsabilités pour agir contre l'abus ».

En comparaison avec les résultats des entretiens avant l'intervention, on constate effectivement une plus grande sensibilisation aux abus dans les soins de santé. Les participants sont capables de donner plus d'exemples concrets de maltraitance et ils font preuve d'une plus grande empathie pour les patients. Ils ont concrètement moins tendance à justifier ou à banaliser ces maltraitances.

L'étude suggère également que le théâtre forum facilite les échanges et encourage une approche collective de la problématique.

Une deuxième étude montre des résultats similaires. Selon Swahnberg et Wijma (2012), l'impératif d'agir contre les abus dans le soin est le résultat le plus important de l'intervention. En effet, les participants ont acquis la capacité d'agir dans des situations qui leur paraissaient jusque là impossibles et ont mis en pratique ces nouvelles compétences sur le terrain.

Conclusion

Au regard des définitions de la maltraitance par les institutions internationales, il paraît légitime d'appliquer cette notion dans les soins de santé. En effet, la relation de soin se caractérise par l'asymétrie entre le patient et le professionnel de santé, et par la dépendance de l'un par rapport à l'autre. La position d'autorité et de pouvoir du soignant sur le patient vulnérabilisé par son état de santé peut alors donner lieu à des abus.

Il est communément admis, autant dans la littérature scientifique que dans les textes officiels, que l'intentionnalité n'est pas requise pour qualifier un acte de maltraitant. Le professionnel de santé n'est d'ailleurs pas toujours conscient de mal faire. Et la maltraitance prend des formes qui ne sont pas toujours faciles à identifier.

Les conséquences sont pourtant bien réelles pour les patients. Elles peuvent impacter leur santé physique comme psychique et donnent lieu parfois à des désirs de reconnaissance ou de réparation sous forme de plaintes, qui auront alors des conséquences en retour sur le soignant.

Cependant, penser les maltraitances dans les soins de santé est loin d'être une évidence. Le paradoxe de « faire du mal » alors que l'on veut « faire le bien » du patient, la méconnaissance et la banalisation de certains actes, le silence entourant les maltraitances, la violence inhérente au soin et l'injustice perçue par le soignant considéré comme bourreau sont autant d'obstacles à concevoir que le soin puisse être porteur de maltraitance.

Certaines politiques de santé tout comme des professionnels préfèrent d'ailleurs gommer le terme maltraitance au profit de celui de bienveillance, pour affirmer une démarche positive d'amélioration des pratiques. Il nous semble essentiel pourtant de nommer la maltraitance en tant que telle, dans la pratique et dans la formation, afin de rendre compte de certaines situations problématiques, les combattre et les prévenir.

Ce que laissent envisager les quelques études concernant la prévalence de la maltraitance dans les soins nous encouragent dans ce sens. N'oublions pas que la

maltraitance se pare d'une cape de silence et qu'elle est probablement bien plus fréquente que ne le laissent suggérer les quelques chiffres disponibles.

Bien sûr, les causes de la maltraitance ne relèvent pas uniquement de pratiques individuelles et ces pratiques sont également influencées par des facteurs institutionnels pesants. Mais reconnaître cette difficulté, plutôt que mener à l'impuissance, ne peut qu'encourager à aborder la question de la maltraitance dans la formation des futurs professionnels de santé.

De nouvelles formes d'apprentissage existent qui permettent de donner à la formation un supplément d'expérience et de réflexion à partir de situations concrètes.

L'enjeu est d'armer les futurs professionnels pour qu'il ne se sentent pas démunis, impuissants, démotivés ; les sensibiliser, pour qu'ils puissent reconnaître, admettre et prendre leur part de responsabilité, pour des soins plus respectueux du patient et d'eux-mêmes.

Bibliographie

1. Alzyoud, F. A., McCurry, M. K., & Hunter Revell, S. M. (2022). Patient abuse in healthcare: A theoretical synthesis. *Nursing Science Quarterly*, 36(1), 70–77. <https://doi.org/10.1177/08943184221131969>
2. Boullard, C. (2022). Maltraitance et vulnérabilité. *Gérontologie et société*, 44 / n° 169(3), 35–47. <https://doi.org/10.3917/gsl.169.0035>
3. Berg, N., Beaulieu, M., Oudewater, M., Langhendries, D., & Giet, D. (2014). La maltraitance envers les personnes âgées : quelques éléments pour la pratique médicale. *Revue Médicale de Liège*, 69(5-6), 382-389.
4. Brown, H. (2002). *Protection des adultes et des enfants handicapés contre les abus*. Éditions du Conseil de l'Europe.
5. Brown, H. (2004). *Violence envers les groupes vulnérables*. Éditions du Conseil de l'Europe.
6. Brugère, F. (2021). Prendre soin contre l'individu libéral. Dans *L'éthique du care* (p. 46–80). Presses Universitaires de France.
7. Brüggemann, A. J. (2015). Exploring patient strategies in response to untoward healthcare encounters. *Nursing Ethics*, 24(2), 190–197. <https://doi.org/10.1177/0969733015591074>
8. Brüggemann, A. J., Forsberg, C., Colnerud, G., Wijma, B., & Thornberg, R. (2018). Bystander passivity in health care and school settings: Moral disengagement, moral distress, and opportunities for moral education. *Journal of Moral Education*, 48(2), 199–213. <https://doi.org/10.1080/03057240.2018.1471391>
9. Brüggemann, A. J., Persson, A., & Wijma, B. (2019). Understanding and preventing situations of abuse in health care – Navigation work in a Swedish palliative care setting. *Social Science & ; Medicine*, 222, 52–58. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.12.035>
10. Brüggemann, A. J., Wijma, B., & Swahnberg, K. (2012). Patients' silence following healthcare staff's ethical transgressions. *Nursing Ethics*, 19(6), 750–763. <https://doi.org/10.1177/0969733011423294>
11. Casagrande, A. (2012). "Par-delà le bien et le mal". Penser la maltraitance et la bien-traitance à l'hôpital aujourd'hui. Dans *Bientraitance et qualité de*

- vie. *Prévenir les maltraitances pour des soins et une relation d'aide humanistes*. (p. 25–37). Elsevier.
12. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (s. d.). Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. <https://www.cnrtl.fr/definition/>
 13. Comité économique et social européen. (2008). *Avis du Comité économique et social européen sur la « Maltraitance des personnes âgées »* (2008/C 44/24). Journal officiel de l'Union européenne.
 14. Conti, A., Scacchi, A., Clari, M., Scattaglia, M., Dimonte, V., & Gianino, M. M. (2022). Prevalence of violence perpetrated by healthcare workers in long-term care: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(4), 2357. <https://doi.org/10.3390/ijerph19042357>
 15. Davous, D., Grand-Séville, C. L., & Seigneur, É. (2014). *L'éthique à l'épreuve des violences du soin*. ERES.
 16. Délégué général aux droits de l'enfant. (2019). *Les impacts des violences éducatives ordinaires sur le bien-être et le développement de l'enfant* (Avis).
 17. *Dictionnaire de l'Académie française*. (s. d.). Dictionnaire de l'Académie française. <https://www.dictionnaire-academie.fr/>
 18. *Dictionnaire français - Dictionnaires Larousse français monolingue et bilingues en ligne*. (s. d.). Larousse.fr : encyclopédie et dictionnaires gratuits en ligne. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>
 19. Di Patrizio, G. (2022). Bientraitance « | » maltraitance : Interroger la limite. *Éthique & ; Santé*, 19(3), 119–126. <https://doi.org/10.1016/j.etiqe.2022.06.004>
 20. Entwistle, V. A., Cribb, A., & Mitchell, P. (2023). Tackling disrespect in health care : The relevance of socio-relational equality. *Journal of Health Services Research & Policy*. <https://doi.org/10.1177/13558196231187961>
 21. G. Krug, E., L. Dahlberg, L., A. Mercy, J., Zwi, A., & Lozano-Ascencio, R. (Dir.). (2022). *Rapport mondial sur la violence et la sante*. Organisation mondiale de la Santé.
 22. Herfray, C. (2012). Autorité et pouvoir. *Le Coq-héron*, 208(1), 67. <https://doi.org/10.3917/cohe.208.0067>

23. Loi no 2019-721 du 10 juillet 2019 relative à l'interdiction des violences éducatives ordinaires, Loi n° 2019-721 (2019, 11 juillet) (France). *Journal officiel "Lois et Décrets"*, (159).
24. Lukasse, M., Schroll, A.-M., Karro, H., Schei, B., Steingrimsdottir, T., Van Parys, A.-S., Ryding, E. L., & Tabor, A. (2015). Prevalence of experienced abuse in healthcare and associated obstetric characteristics in six European countries. *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica*, 94(5), 508–517. <https://doi.org/10.1111/aogs.12593>
25. Malherbe, J.-F. (2009). *L'inentendu : Ce qui se joue dans la relation soignant-soigné*. De Boeck.
26. Mansbach, A., Melzer, I., & Bachner, Y. G. (2012). Blowing the whistle to protect a patient: a comparison between physiotherapy students and physiotherapists. *Physiotherapy*, 98(4), 307–312. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2011.06.001>
27. Marzano, M. (2009). Qu'est-ce que la confiance ? *Études, Tome 412*(1), 53–63. <https://doi.org/10.3917/etu.4121.0053>
28. Maupetit, C., & Al Agha, C. (2019). Bienveillance et vulnérabilité : « des mots (maux) pour le dire ». *Éthique & ; Santé*, 16(3), 137–141. <https://doi.org/10.1016/j.etiqe.2019.04.003>
29. Moulène, F. (2014). Autorité et pouvoir : Questions de mots, questions de société. *Raison présente, N° 192*(4), 5. <https://doi.org/10.3917/rpre.192.0005>
30. Moulias, R., Monfort, J. C., Beaulieu, M., Simon-Marzais, M., Isern-Real, M. H., Poch, B., Pépin, M., Cadilhac, J. C., Martinent, E., & Moulias, S. (2020). Pratiques professionnelles inappropriées et maltraitements. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 20(116), 112–123. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2019.12.008>
31. Organisation mondiale de la Santé. (2022). *Lutter contre la maltraitance des personnes âgées : Cinq priorités pour la décennie des Nations unies pour le vieillissement en bonne santé (2021-2030)*.
32. Organisation mondiale de la Santé. (2022). *Maltraitance des enfants*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
33. Organisation mondiale de la Santé. (2002). *Rapport sur la violence et la santé*.

34. Parent, K. (2013). Que faire des violences rapportées par les étudiants ? *Éthique & Santé*, 10(3), 155–162.
<https://doi.org/10.1016/j.etiqe.2013.06.002>
35. Ravez, L. (2002). La médecine contemporaine est-elle violente ? *Ethica Clinica*, (26), 4–8.
36. Samé, M. (2023). Approche éthique d'un toucher thérapeutique. *Kinésithérapie, la Revue*, 3–10. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2023.08.005>
37. Svandra, P. (2024). À quel soin se fier ? Faire confiance à la confiance. *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, N° 155(4), 41–50.
<https://doi.org/10.3917/jalmalv.155.0041>
38. Swahnberg, K., & Wijma, B. (2012). Staff's perception of abuse in healthcare: A Swedish qualitative study. *BMJ Open*, 2(5), Article e001111. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001111>
39. Van Meerbeeck, P., Jacques, J. (2009). *L'inentendu: Ce qui se joue dans la relation soignant-soigné*. De Boeck Supérieur. <https://doi.org.proxy.bib.uclouvain.be:2443/10.3917/dbu.vanme.2009.01>
40. Wijma, B., Zbikowski, A., & Brüggemann, A. J. (2016). Silence, shame and abuse in health care: Theoretical development on basis of an intervention project among staff. *BMC Medical Education*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0595-3>
41. World Health Organization. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*.
42. Yon, Y., Ramiro-Gonzalez, M., Mikton, C. R., Huber, M., & Sethi, D. (2018). The prevalence of elder abuse in institutional settings : A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Public Health*, 29(1), 58–67. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky093>
43. Zielinski, A. (2011). La vulnérabilité dans la relation de soin. *Cahiers philosophiques*, 125(2), 89. <https://doi.org/10.3917/caph.125.0089>

Résumé

La scène des soins se caractérise par l'asymétrie de la relation entre le patient et le professionnel de santé, et par la dépendance de l'un par rapport à l'autre. Elle pourrait donc devenir facilement le théâtre de maltraitances. Serait-il dès lors intéressant d'appliquer le concept de maltraitance à cette relation et d'introduire cette question dès la formation initiale ? Plusieurs raisons poussent effectivement à l'envisager.

Le professionnel de santé n'est pas toujours conscient de mal faire. Et la maltraitance prend des formes qui ne sont pas toujours faciles à identifier. Pourtant, les conséquences sont bien réelles pour le patient, mais aussi pour le professionnel.

Penser les maltraitances dans les soins de santé est cependant bien loin d'être une évidence. Le paradoxe de « faire du mal » alors que l'on veut « faire le bien » du patient, la méconnaissance et la banalisation de certains actes, le silence entourant les maltraitances, la violence inhérente au soin et l'injustice perçue par le soignant considéré comme bourreau sont autant d'obstacles à concevoir que le soin puisse être porteur de maltraitances.

L'enjeu est d'armer les futurs professionnels pour qu'il ne se sentent pas démunis, impuissants, démotivés ; les sensibiliser, pour qu'ils puissent reconnaître, admettre et prendre leur part de responsabilité, pour des soins plus respectueux du patient et d'eux-mêmes.