

Diplôme d'Etat infirmier

Promotion : 2010-2013

Anatomie de la dérive

Etude des facteurs d'influence dans la décision du soignant
en situation de maltraitance



Benjamin Le Dudal

Institut de formation en soins infirmiers

10, rue Marcel Proust

22027 Saint-Brieuc cedex

Remerciements

Du fond du cœur, merci...

A ma famille, pour son soutien indéfectible. Je pense en particulier à mes parents, mon frère et ma sœur : ce mémoire leur est dédié.

« Il y a des êtres qui justifient le monde, qui aident à vivre par leur seule présence. »

Le premier homme, Albert Camus

A la fine équipe de l'IFSI (ils se reconnaîtront...) : le drôle d'équipage avec lequel j'ai navigué pendant 3 ans et partagé rêves, projets, voyages, sessions pizza-révisions, soirées Game of Thrones, « petits défis de l'IFSI » et bien d'autres moments inoubliables... Spéciale dédicace à Guillaume et Camille, ces compagnons d'aventure exceptionnels !

Toute ma gratitude...

A ces soignants extraordinaires que j'ai eu la chance de croiser sur ma route et qui par leur patience, leur professionnalisme, leur humanité et leur humour parfois, m'ont aidé à avancer et à me construire.

Aux patients que j'ai rencontrés ainsi qu'à leurs familles, au contact desquels j'ai beaucoup appris sur moi, sur les autres, sur la vie.

A Monsieur Auger, pour son aiguillage bienveillant et pour le sous-titre de ce travail.

A Madame Le Deunff, pour sa guidance éclairée et l'intérêt qu'elle a montré pour le thème de ce mémoire.

Sommaire

Introduction	3
Premier temps : Physiologie de l'influence.	5
1 Préliminaires à l'exploration.....	5
1.1 Situations d'appel	6
1.1.1 Une toilette, de gré ou de force ?	6
1.1.2 Un consentement facultatif	8
1.2 Une interrogation émerge... ..	10
1.2.1 Questionnement et réflexion.....	10
1.2.2 Question de départ.....	10
2 Dissection du corpus théorique	11
2.1 Quelques outils.....	11
2.1.1 Quid de la maltraitance ?.....	11
2.1.2 Morale, éthique et déontologie : des clés pour s'y retrouver.	12
2.1.3 De la liberté.	13
2.1.4 Les facteurs d'influence.....	15
2.1.5 Le groupe et moi.	16
2.2 Au cœur de l'influence.....	17
2.2.1 Consultons le Dr. Freud.....	17
2.2.2 Les vertus de l'insoumission.....	18
2.2.3 L'infirmier, animal social.	21
2.2.4 Choisir une fois pour toutes : l'effet de gel.....	22
2.2.5 Syndrome Genovese et prise de position.	23
2.2.6 Avons-nous le temps d'aider notre prochain ?	24
2.2.7 L'effet Lucifer, ou comment devenir maltraitant en 7 étapes.....	26
3 Sur le terrain : la recherche empirique.....	30
3.1 Méthodologie de l'enquête exploratoire	30
3.1.1 Professionnels concernés	30
3.1.2 Forme de l'enquête	31

3.1.3	Grille d'entretien.....	31
3.2	Analyse des entretiens	32
3.2.1	Maltraitance en service de soins	32
3.2.2	La comprendre.....	33
3.2.3	La prévenir et la combattre	36
3.3	Conclusion des entretiens	37
Deuxième temps : Vers une nouvelle investigation.....		39
1	Problématique et hypothèse.....	39
1.1	Problématisation	39
1.2	Question de recherche	40
1.3	Hypothèse de recherche	40
2	L'ordre et la méthode	42
2.1	Population cible et lieux.....	42
2.2	Outil	42
2.3	Limites.....	44
Conclusion		47
Bibliographie.....		49
Liste des annexes.....		I
Annexe 1 : Grille d'entretien pour l'enquête exploratoire.....		II
Annexe 2 : Questionnaire pour le travail de recherche		IV

Liste des sigles utilisés

ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements Sociaux et Médico-sociaux

AS : Aide-soignant

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CH(D) : Centre Hospitalier (Départemental)

CHS : Centre Hospitalier Spécialisé en psychiatrie

CMPR : Centre de Médecine Physique et de Réadaptation

EHPAD : Etablissement Pour Personnes Agées Dépendantes

IDE : Infirmier(ère) Diplômé(e) d'Etat

ESI : Etudiant en Soins Infirmiers

« Ah monsieur, disait-il,
ce n'est pas qu'on soit mauvais homme, mais on perd la lumière. »

Albert Camus, *La Chute*.

Introduction

Le mémoire infirmier : étape cruciale dans le parcours d'un étudiant. A la fois initiation à la recherche et rite de passage, il constitue la dernière étape avant l'acceptation du futur infirmier par ses pairs. Quitter son statut d'élève pour celui de professionnel et rejoindre l'équipe de soins d'un service n'est pas chose aisée. Pour s'intégrer, le nouvel arrivant doit accepter de se conformer à un certain nombre de normes explicites et implicites qui caractérisent ce groupe. Pourtant, ma conviction est qu'il se doit également d'y apporter des éléments personnels et veiller à ne pas renier ce qui fait sa spécificité, en tant que soignant et en tant qu'individu. Cette diversité de points de vue et de sensibilité au sein d'une équipe, loin d'être un handicap, est bien plutôt une force, une richesse potentielle pour la prise en soins des patients ainsi qu'un rempart contre l'apparition d'une pensée unique. Au terme de ma formation, j'accueille donc ce travail de questionnement et d'analyse comme une invitation à développer ma propre réflexion. Ce mémoire me permet d'explorer un aspect de la profession infirmière qui me paraît revêtir une importance particulière et dont les enseignements joueront sans aucun doute un rôle conséquent dans la construction de mon identité de soignant.

Si ces trois années d'études m'ont permis de prendre conscience de la richesse de la profession que je m'apprête à exercer, elles m'ont également appris que soigner peut parfois s'avérer une tâche complexe. J'ai eu la chance de pouvoir observer et pratiquer avec des professionnels dont la pédagogie et l'humanité ont laissé une empreinte durable dans ma réflexion d'étudiant. Cependant, lors de mes stages, j'ai également été confronté à des pratiques qui m'ont questionné, interpellé, voire choqué. Celles-ci me semblaient en effet s'éloigner de l'idéal de notre profession, que je conçois comme le respect inconditionnel de l'autre. Dès lors, il m'apparut nécessaire de chercher à comprendre, de trouver des réponses à une interrogation qui fut au cœur de ma réflexion durant trois ans : comment un soignant en vient-il à s'éloigner de ce principe altruiste fondateur, à dériver en quelque sorte, pour en arriver à des pratiques maltraitantes ?

Etant issu d'une filière littéraire et investi dans un secteur professionnel où science et relations humaines sont intimement liés, je n'ai pu m'empêcher de faire le lien avec les grands anatomistes des XVII^{ème} et XVIII^{ème} siècles : époques où il était possible d'être à la fois chercheur, scientifique, écrivain et humaniste... Le lecteur me permettra de leur emprunter un peu de la poésie de leur vocabulaire, à la fois comme un clin d'œil

respectueux et une manière d'agrémenter la forme de mon travail mais aussi parce que leurs termes techniques me paraissent adaptés pour traiter des sujets liés à mon thème de travail de fin d'étude.

Dans cette *Anatomie de la dérive*, je vous invite donc à explorer avec moi les influences extérieures qui pèsent sur nos décisions dans certaines circonstances particulières. Je vais dans un premier temps décrire et analyser deux situations qui ont motivé le choix de ce thème de mémoire. A la suite d'un questionnement, je ferai alors émerger une question de départ qui me guidera durant la première partie de ce dossier. Je tâcherai ensuite de l'éclairer au moyen d'une approche théorique et d'entretiens exploratoires menés auprès de professionnels. Dans une deuxième partie, je présenterai une question ainsi qu'une hypothèse de recherche, avant de proposer la méthodologie d'une telle étude.

Premier temps : Physiologie de l'influence.

“Only by examining and understanding the causes of such evil might we be able to change it, to contain it, to transform it through wise decisions and innovative communal action.”¹

Philip Zimbardo, *The Lucifer Effect*, Chapter 1, p.32

1 Préliminaires à l'exploration...

De même que tout individu connaît dans sa vie des temps forts, tout étudiant infirmier est confronté durant sa formation à des situations qu'il n'oubliera jamais. Je vais en présenter deux, vécues lors de mes stages et qui sont à l'origine de ma réflexion autour de la maltraitance. Elles sont représentatives de ces moments où j'ai été confronté à des abus de la part de soignants envers un patient et où j'ai fait le choix de manifester mon désaccord ou, à l'inverse, de m'en rendre complice par ma participation ou mon inaction.

Je présente ces situations sans juger les comportements décrits, afin de les observer de la manière la plus objective possible et de m'en servir comme point de départ de mon questionnement. Avant de procéder à la description et l'analyse de ces situations d'appel, je présente en quelques lignes leur contexte. J'y aborde notamment ma perception de mes relations avec l'équipe soignante — en particulier avec l'infirmière impliquée dans la situation—, ainsi qu'avec le patient concerné.

¹ “ Ce n'est que par l'étude et la compréhension des causes de tels abus que nous pourrions intervenir pour les contenir, les transformer au moyen de décisions éclairées et d'actions collectives originales.” ZIMBARDO, Philip. *The Lucifer Effect, Understanding how good people turn evil*, First Edition. 2007, United States of America. Random House. 562 pages. [Format Pdf]. p. 32

1.1 Situations d'appel

1.1.1 Une toilette, de gré ou de force ?

A) Contexte

Cette première situation se déroule lors d'un stage de première année de 5 semaines effectué en Etablissement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Cette structure emploie quatre infirmières, dont l'une est coordonnatrice des soins. Ce stage, bien que riche en enseignements sur les plans technique et humain, fut pour moi une expérience difficile. A une période de ma formation où j'étais en quête de modèles auxquels me référer, j'ai éprouvé des difficultés à m'intégrer à l'équipe infirmière.

B) Description de la situation

Lors de mon stage, je suis régulièrement encadré par Mme C., une IDE² âgée de 40 ans, employée dans l'établissement depuis 7 ans. En travaillant avec cette infirmière, je remarque à plusieurs reprises des comportements qui m'interpellent et me choquent de sa part, notamment lors de soins envers des personnes âgées atteints de démence. J'ai ainsi pu la voir jeter un comprimé d'Ebixa®³ qu'elle ne parvenait pas à couper, justifiant cet acte en m'expliquant que cela n'était plus d'aucune utilité pour la personne à qui ce traitement était destiné.

Un matin, l'infirmière en question s'apprête à réaliser une injection d'insuline à Mme M.. Il s'agit d'une résidente de 91 ans atteinte de la maladie d'Alzheimer que j'ai « pris en charge » dans le cadre de mes démarches de soin. L'infirmière entre dans la chambre sans frapper, comme à son habitude, et m'explique en face de cette personne qu'il s'agit « d'une Alzheimer bien démente » et que je « gaspille un peu mes efforts » en lui disant bonjour et en me présentant. L'infirmière tente ensuite de réaliser l'injection mais la résidente ne se montre pas coopérante. La soignante hausse le ton, tutoie Mme M. et tourne ses protestations en dérision. Pour finir, l'IDE me demande mon aide pour maintenir les bras de la patiente afin de pouvoir faire l'injection. La mort dans l'âme, je m'exécute.

² Infirmière Diplômée d'Etat

³ *Mémantine (DCI)*. Traitement indiqué dans les formes modérées à sévère de la maladie d'Alzheimer.

Quelques jours après, j'accompagne la même infirmière qui se prépare à réaliser la toilette de Mme M.. En entrant dans la chambre, l'histoire se répète : la résidente refuse le soin, évoque des douleurs diffuses et demande à ce qu'on la laisse tranquille. Je propose à l'infirmière de repasser plus tard mais elle refuse et fait amener le chariot-douche pour réaliser une toilette complète de la résidente. Cette dernière se débat, implore, crie et griffe mais rien n'entame la détermination de l'infirmière qui m'explique qu'on « ne peut pas se plier à la volonté de tous les résidents de l'établissement ». Excédée, elle fait de nouveau appel à moi pour que j'immobilise Mme M.. Cette fois, je refuse en renouvelant mon souhait de réaliser cette toilette plus tard, lorsque Mme M. sera moins agitée. L'infirmière ne l'entend pas de cette oreille et, devant mon air résolu, m'envoie chercher quelqu'un pour prendre ma place. Je vais donc solliciter une aide-soignante à qui j'explique rapidement la situation et qui décide de me remplacer. L'infirmière – qui est aussi ma tutrice de stage – vient me trouver en fin de matinée et me dit sans détour de ne plus « jamais [lui] faire un coup comme ça ». Mme M., dont les plaintes n'étaient pas sans fondement, est hospitalisée le lendemain pour hémorragie digestive.

C) Analyse

Avant cet épisode, j'avais déjà pu m'interroger sur les pratiques de cette infirmière. Sa communication et son comportement à l'égard de certains résidents — notamment ceux souffrant de démences—, m'avaient progressivement amené à la considérer comme un « contre-modèle ». Dès qu'il est devenu clair pour moi que je ne pouvais pas me fier aveuglément à ses recommandations, mon regard est devenu critique. Dans cette situation, j'ai rapidement identifié le comportement de l'infirmière comme maltraitant et je suis parvenu à exprimer mon refus de l'aider à accomplir par la force un acte qui n'était plus un soin. Il s'agissait à la fois de ne pas devenir complice de cet acte maltraitant mais également de me positionner quant à un ensemble de pratiques qui ne me semblaient pas acceptables d'un point de vue déontologique.

1.1.2 Un consentement facultatif

A) Contexte

Cette fois, il s'agit d'un stage de deuxième année dans un service de médecine de court-séjour au sein d'un Centre Hospitalier Départemental. Profondément intéressé par la discipline de mon terrain de stage, je collabore sans difficultés avec les soignants de l'équipe, avec lesquels j'entretiens de bons rapports. L'infirmière impliquée dans cette situation est également ma tutrice de stage. De manière générale, j'apprécie son contact avec les personnes soignées ainsi que la patience dont elle fait preuve à mon égard, lorsque nous travaillons ensemble.

B) Description

Mme C. est une femme âgée de 75 ans atteinte de troubles cognitifs non étiquetés. Il s'agit d'une personne anxieuse, qui déambule, fouille dans les affaires des autres patientes de sa chambre à 3 lits, sollicite les soignants pour que ceux-ci l'aident à retrouver des vêtements qui lui auraient été volés, etc... Elle est également sujette à des troubles mnésiques. Il en résulte une irritation de certains membres de l'équipe qui estiment que « trop de patients dans le service relèvent de la psychiatrie ».

Il est 20h30. J'accompagne l'infirmière pour réaliser un examen de la vessie chez Mme C : selon l'aide-soignante, Mme C n'aurait pas uriné depuis la veille. L'infirmière décide donc de réaliser une échographie de la vessie par bladder scan⁴. Je l'accompagne dans la chambre de la patiente. Des vêtements sont entassés sur son fauteuil, les placards sont ouverts et la patiente qui se trouve près de son placard nous explique qu'une robe lui a été volée. Elle se trouve dans un état d'agitation manifeste. L'aide-soignante, qui est aussi présente, tente en vain de la rassurer en lui affirmant qu'aucun vêtement ne manque. La patiente pense qu'on l'accuse de mentir, ce qui ne fait qu'accroître son agitation. L'infirmière demande alors à Mme C. de s'allonger en lui expliquant rapidement le but du soin. La patiente refuse et tente de retourner examiner le contenu de son placard. L'infirmière, perdant patience, lui demande fermement de s'allonger une deuxième fois puis, devant un nouveau refus, fait appel à l'aide soignante pour l'allonger sur le lit, de force. L'infirmière me demande alors mon aide pour maintenir la patiente pendant qu'elle défait tant bien que mal le change afin de réaliser l'examen. Je

⁴ Système portatif permettant de mesurer le volume approximatif d'urine dans la vessie.

m'exécute sans mot dire. La patiente se débat, tente de mordre l'infirmière et crie qu'on ne l'a « jamais traité comme ça » et qu'elle compte bien « appeler les gendarmes ». Une fois l'échographie terminée, l'infirmière referme le change en quatrième vitesse sans prendre la peine d'essuyer le gel et nous abandonnons Mme C, après l'avoir installé sur son fauteuil.

Le lendemain, l'infirmière me raconte lors des transmissions que le fils de Mme C. est venu la voir. Sa mère lui aurait dit que « des gens étaient venus la veille pour lui faire des choses en bas ». L'infirmière a donc expliqué qu'elle avait dû réaliser un examen de la vessie à Mme C. et que celle-ci était manifestement un peu confuse. Le fils, bien conscient des troubles cognitifs dont souffre sa mère, a souscrit sans réserve aux propos de l'infirmière et s'est même excusé de l'avoir dérangé. Les membres de l'équipe présents plaisantent alors : « On va bientôt nous accuser de viol ! ». Je ris avec eux.

C) Analyse

Ce n'est que plusieurs jours après cet événement que le sentiment de gêne croissant que j'éprouvais à son souvenir m'a poussé à le réenvisager sous un nouvel angle. Après un bref examen du comportement de l'infirmière et du mien, j'ai peu à peu pris conscience qu'il s'agissait d'un acte maltraitant. La recherche du consentement du patient, l'empathie et la bienveillance envers la personne soignée ont bel et bien laissé place à la volonté qui fut la nôtre d'accomplir un soin quoi qu'il en coûte. La patiente n'était dès lors plus considérée comme une fin mais comme un moyen, pour reprendre la terminologie kantienne.

Cette prise de conscience s'est faite dans la douleur. J'étais déçu par le comportement de l'infirmière en qui j'avais confiance mais je l'étais davantage encore par mes propres agissements. Que je n'ai pas su dire non et me sois rendu complice d'un acte maltraitant me navre, mais comment se fait-il que je ne me sois même pas aperçu du caractère maltraitant de cet acte?

1.2 Une interrogation émerge...

1.2.1 Questionnement et réflexion

Si ces deux situations m'ont profondément marqué, c'est notamment par les interrogations qu'elles suscitent. Dans les deux cas rapportés, une infirmière me demande son aide pour réaliser un « soin » de force à une patiente ayant clairement exprimé son refus. Comment expliquer que j'obéisse dans un cas et que je m'y refuse dans un autre ? Comment expliquer cette inconstance dans ma décision face à un abus ?

Mes convictions, les valeurs en lesquelles je crois, mon rapport à la morale, à l'éthique et au soin n'ont pourtant pas sensiblement évolué entre ces deux événements. Ma culture et mon éducation sont bien entendu restées les mêmes. Un an sépare d'ailleurs ces deux épisodes : un an de formation incluant réflexions éthiques et déontologiques, approche philosophique des soins... Pourtant me voilà, un an après mon refus initial, au cœur d'une dérive maltraitante sans même en avoir conscience !

Dans ma tentative d'éclairer les choix qui furent les miens, il me faut donc reconnaître que les facteurs d'influence personnels ne sont pas seuls suffisants pour fournir une explication satisfaisante. Dans ce cas, l'examen des facteurs liés aux contextes de ces deux situations ne permet-il pas d'apporter des éléments de réponse, dans cette problématique éminemment complexe ? Le fait, par exemple, que j'entretenais de bons rapports avec l'infirmière de la deuxième situation et que je souhaitais vivement faire partie de l'équipe de ce service a certainement exercé une influence sur ma décision d'obéir sans poser de questions. Grandes sont les chances pour que d'autres soignants aient pu, comme moi, prendre des décisions sous l'influence de ces facteurs dits « situationnels » car liés au contexte de la situation dans laquelle ils se trouvaient. Mon but sera donc d'explorer ces facteurs d'influence pour, peut-être, trouver des façons de s'en prémunir.

1.2.2 Question de départ

Ma question de départ est donc double :

Quels sont les principaux facteurs situationnels susceptibles d'influencer les décisions que prennent les professionnels de santé en situation de maltraitance dans une structure de soin ? Quel contrôle pouvons-nous exercer sur ces facteurs ?

2 Dissection du corpus théorique

2.1 Quelques outils...

De la même manière qu'un chirurgien doit avoir les bons instruments à sa disposition pour opérer, il serait illusoire d'espérer réaliser une anatomie de la dérive en bonne et due forme sans avoir choisi mes outils avec soin. Pour aborder la question des influences pesant sur le soignant, je vais donc commencer par définir quelques concepts qui me semblent incontournables.

2.1.1 Quid de la maltraitance ?

Le terme de maltraitance et plus récemment celui de bientraitance font l'objet d'un emploi croissant dans les sciences infirmières. Cet usage montre la préoccupation des professionnels de santé par rapport à la violence parfois constatée dans les soins. Dans un domaine où la charge affective est très importante, il peut être intéressant de rappeler la signification de ces concepts.

En 2002, le Conseil de l'Europe propose une définition des abus constituant une maltraitance : il s'agit 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 ou au bien-être général d'une personne vulnérable. »⁵ Le Pôle Santé et Sécurité des Soins du Médiateur de la République nous explique que cette violence faite à la personne soignée vulnérable peut être de cinq ordres⁶ :

- Violences morales : humiliation, infantilisation, reproches, indifférence...
- Violences par excès et négligences : absence de prise en compte de la douleur, excès de médicaments...

⁵ Conseil de l'Europe, comité des ministres. Résolution ResAP(2005)1 sur la protection des adultes et enfants handicapés contre les abus du 2 février 2005. [En Ligne]. [Consulté le 24/09/2012]. Disponible sur : <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=817379&Site=COE>

⁶ Pôle Santé, Sécurité des Soins du Médiateur de la République. Le non-respect d'autrui : droits et devoirs des usagers et des professionnels de santé. [En ligne]. [Consulté le 24/09/2012]. Disponible sur : http://www.securitesoins.fr/maltraitance/droits-et-devoirs-des-usagers-et-des-professionnels-de-sante_fr_08_01.html

- Violences physiques : toilettes imposées, gifles...
- Violences matérielles : vol d'objets ou d'argent, matériel inadapté
- Non-respect du consentement.

En réaction à cette prise de conscience du phénomène de violences en milieu de soins, des alternatives voient le jour. Des professionnels de santé, des juristes et des comités de réflexion éthique proposent une approche des soins centrée sur la personne soignée : la bientraitance. L'ANESM⁷ la définit comme une « culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service. Elle vise à promouvoir le bien-être de l'usager en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance. » Diverses théories s'inscrivent dans ce nouveau courant; citons par exemple l'Humanitude, une méthode développée afin d'améliorer la relation de soins avec les personnes atteintes de maladies neurodégénératives.

La réflexion autour de la problématique de la maltraitance ainsi que le développement de théories en lien avec la bientraitance sont représentatifs d'une tendance relativement récente dans la culture infirmière. En réaction à des professionnels parfois désarmés face à cette question des violences faites aux patients, des tentatives d'explication et de proposition voient le jour. Le but de ces initiatives est de mettre des outils à disposition des soignants pour leur permettre de dépister les déviations maltraitantes et d'y substituer une démarche volontariste en faveur du bien-être et du maintien de la dignité du patient.

2.1.2 Morale, éthique et déontologie : des clés pour s'y retrouver.

Pour l'ANESM, l'éthique peut se définir comme une « réflexion qui vise à déterminer le bien agir en tenant compte des contraintes relatives à des situations déterminées ».⁸ L'éthique se distingue par conséquent de la morale et de la déontologie en ce qu'elle ne prescrit pas une ligne de conduite immuable : il s'agit plutôt d'un processus de questionnements des pratiques existantes en regard de certaines valeurs et de la manière dont ces pratiques sont adaptées en fonction du contexte.

⁷ ANESM. La bientraitance, définitions et repères pour la mise en œuvre. [En ligne]. [Consulté le 24/09/2012]. Disponible sur : http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_bientraitance.pdf

⁸ ANESM. Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux. [En ligne]. [Consulté le 25/09/2012]. Disponible sur : http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_ethique_anesm.pdf

La morale, quant à elle, rend obligatoires ou au contraire interdites certaines actions en fonction de notions de bien et de mal. Toujours selon l'ANESM, il s'agit d'un « ensemble de règles destinées à assurer une vie en société harmonieuse ». ⁹ Il est cependant intéressant de noter que les définitions de bien et de mal sur lesquelles se base la morale sont changeantes : Bien et Mal varient selon les époques, les sociétés et leurs cultures mais aussi selon les croyances spirituelles et les groupes sociologiques par exemple. La morale, dans son acception vulgaire, se place donc du côté de la prescription des conduites, de l'impératif, tandis que l'éthique a pour vocation la réflexion et la remise en question des pratiques rencontrées. Ma conception de la morale rejoint celle de l'ANESM. Il me semble en effet qu'il s'agit avant tout d'une approche de la vie qui ne reste pas focalisée sur soi mais qui prend en compte ceux qui nous entourent. Comme le dit Michel Onfray, « la morale c'est l'enseignement de l'autre [...], c'est dire qu'autrui existe » ¹⁰.

Enfin, la déontologie peut être définie comme l'ensemble des « règles d'exercice d'une profession déterminée destinées à en organiser la pratique selon des normes, pour le bénéfice des usagers et de la profession elle-même. » ¹¹ La déontologie fixe donc un certain nombre de principes et d'obligations aux professionnels, en lien avec des considérations morales et juridiques. Elle diffère de l'éthique en ce qu'elle ne propose pas une réflexion mais fixe un cadre réglementaire.

2.1.3 De la liberté.

Sommes-nous libres d'agir comme nous le faisons ? La problématique du libre-arbitre a de tout temps été au centre de la réflexion humaine et continue de faire débat aujourd'hui, alors que les sciences humaines l'éclairent d'un nouveau jour.

Selon Spinoza, une chose — ou un individu —, n'est libre que si « elle existe par la seule nécessité de sa nature et n'est déterminée à agir que par soi-même. » ¹² La liberté c'est donc l'absence d'entrave ou d'obstacle à l'action de quelqu'un ou de quelque chose. La liberté de choix, également appelée libre-arbitre, serait alors la capacité de prendre des décisions de manière individuelle, en usant de notre raison et sans influence

⁹ Ibid.

¹⁰ Emission « 28 minutes » du 3 octobre 2012. France, 2012, 40 mn. Arte France.

¹¹ ANESM. Op-cit.

¹² SPINOZA, Baruch. L'Éthique. Traduction français de Saisset, 1849. [Format Pdf mis en forme le 04/06/2002 par David Bosnan]. P.9

extérieure d'aucune sorte. Le libre-arbitre peut alors se définir comme « la faculté d'agir consciemment »¹³. Pour Nietzsche, les choix ainsi effectués en toute conscience seraient alors le pur produit de notre volonté et à ce titre, engageraient pleinement notre responsabilité. Cette conception du libre-arbitre est celle des monothéismes : si quelqu'un fait le mal alors qu'il aurait pu tout aussi bien choisir de faire le bien, c'est donc qu'il est responsable de ses actes et que la punition est possible. Notre droit pénal s'est bâti sur ce postulat, c'est la raison pour laquelle les peines prononcées à l'encontre des criminels sont plus sévères si ces derniers sont reconnus responsables de leurs actes.

Pour Spinoza cependant, la liberté telle que nous venons de la définir est une illusion : les hommes croient être libres parce qu'ils restent aveugles aux causes qui les déterminent¹⁴. Autrement dit, des influences extérieures pèsent continuellement sur les choix que nous effectuons, au point que ceux-ci sont parfois davantage la manifestation de ces influences que de notre volonté propre. Nietzsche abonde en ce sens : « Aussi longtemps que nous ne nous sentons pas dépendre de quoi que ce soit, nous nous estimons indépendants. »¹⁵ Pour le philosophe allemand, le libre-arbitre c'est le sentiment de l'homme qui n'a pas conscience des chaînes qui l'entraînent. Henri Laborit, neurobiologiste du siècle dernier, pense lui aussi que « la liberté humaine n'existe pas » et que « le contexte social détermine un individu au point qu'il n'en est qu'une expression particulière »¹⁶. Pour lui, la seule liberté auquel l'homme peut prétendre c'est l'indépendance relative qu'il acquiert lorsqu'il prend conscience de ses déterminismes. Autrement dit, tout comme Socrate fit preuve de sagesse en disant qu'il ne savait rien, c'est déjà faire un pas vers la liberté que de comprendre que nous ne sommes pas pleinement libres ...

¹³ NIETZSCHE, Friedrich. Liberté de la volonté et fatum, 1862. [Format Pdf] p.3

¹⁴ SPINOZA. Op-cit. p.32

¹⁵ NIETZSCHE, Friedrich. Humain, trop humain deuxième partie : Le voyageur et son ombre. Traduction de Henri Albert. 90 pages. [Format Pdf] p.10

¹⁶ LABORIT, Henri. Eloge de la fuite. 1976, Paris : Editions Robert Laffont. 93p. Folio essais. p.7

2.1.4 Les facteurs d'influence.

Pour le Larousse, le terme d'influence renvoie à « l'action qu'exerce quelque chose ou quelqu'un sur une personne ou un objet ».¹⁷ En psychologie et en sociologie, l'influence caractérise le pouvoir exercé par une personne, un groupe ou des événements sur quelqu'un et susceptible de modifier son raisonnement ou ses décisions. Si Spinoza, Nietzsche, Laborit et nombre de sociologues contemporains estiment que nous sommes déterminés, c'est parce que selon eux nous subissons en permanence de telles influences. Celles-ci proviennent de notre environnement social, notre catégorie socioprofessionnelle, notre culture, notre éducation, le groupe dans lequel nous nous trouvons, etc...

Un facteur est un agent étiologique, autrement dit une cause possible pour un effet donné. En médecine, le tabagisme et la sédentarité sont par exemple des facteurs des risque cardiovasculaires : ce sont des éléments impliqués dans l'apparition de pathologies comme l'athérosclérose ou l'insuffisance veineuse. On parle également de facteurs en sociologie. Ceux-ci ne sont cependant pas dit « de risque » mais « d'influence ». Ce sont donc des facteurs pouvant avoir un impact sur les choix et attitudes d'un sujet ou d'un groupe. Il existe principalement deux grands groupes de facteurs d'influences :

- Les facteurs dispositionnels, ou personnels ; qui sont liés aux caractéristiques propres à un individu, comme son éducation, sa culture, ses croyances ou ses valeurs morales.
- Les facteurs situationnels, ou contextuels ; qui sont liés à la situation dans laquelle un individu se trouve. La soumission d'un individu à une autorité ou des conditions de travail anxiogènes en sont des exemples. Confronté à de tels facteurs, un individu peut faire des choses qu'il n'aurait pas fait spontanément en temps normal, c'est-à-dire en l'absence de ces influences.

Il a été établi que la plupart des personnes ont tendance à sous-estimer le rôle des facteurs d'influence situationnels sur nos comportements au profit des facteurs dispositionnels. Ce phénomène, bien connu en psychologie sociale, est appelée *erreur*

¹⁷ Larousse. Influence. [En ligne]. [Consulté le 13/04/13]. Disponible sur : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/influence>

fondamentale d'attribution. Il a été mis en évidence par plusieurs expériences, en particulier celle de Lee Ross en 1977¹⁸.

2.1.5 Le groupe et moi.

Le concept de dynamique des groupes restreints est inventé en 1944 par Kurt Lewin. Pour ce psychosociologue américain, les conduites humaines résultent non seulement des « forces psychiques individuelles mais des forces propres au groupe auquel l'individu appartient »¹⁹. Le groupe est défini comme un ensemble d'individus qui forment une entité dynamique « dont les propriétés sont différentes de la somme de ses parties »²⁰. Pour le dire plus simplement, un groupe n'est pas l'addition des caractéristiques de chacun de ses membres : il a sa propre volonté, ses normes, ses représentations et ses schémas de conduite. Il existe 5 grandes catégories de groupes : la foule, la bande, le groupement, le groupe primaire et le groupe secondaire.

L'équipe d'un service de soins peut être considérée comme un groupe secondaire. Il s'agit d'un « système social qui fonctionne selon des institutions à l'intérieur d'un segment particulier de la réalité sociale »²¹, en l'occurrence la santé et plus précisément l'hôpital. Ce type de groupe se caractérise notamment par des relations contractuelles entre ses membres et des structures de fonctionnement qui déterminent les rôles des personnes. Comme tous les groupes, l'équipe d'une unité de soins est sujette à trois phénomènes : l'apparition de leaders, l'identification des membres entre eux ainsi que l'existence de représentations sociales et de normes communes.

Au sein d'un groupe, les individus investissent des rôles. Un rôle est un « modèle organisé de conduites »²² qui varie selon la position de l'individu dans le groupe. Il existe également des affinités entre les membres, qui sont des liens, réciproques ou non, de connivence entre deux individus. Ces liens apparaissent très rapidement et se fondent notamment sur la similitude et la communauté d'intérêts entre les personnes concernées. Au sein d'un groupe, des sous-groupes peuvent se former sur la base de ces affinités. Chacun de ces sous-groupes, qu'il soit majoritaire ou minoritaire, exerce une influence sur

¹⁸ LEE, Ross et al. The intuitive psychologist and his shortcomings : distortions in the attribution process. In L. Berkowitz, *Advances in experimental social psychology*. 1977, Academic Press, New York. Vol. 10, p.173-220.

¹⁹ ANZIEU, Didier et MARTIN Jacques-Yves. *La dynamique des groupes restreints*. 1968, Paris. Presses Universitaires de France. 397 p. p.25

²⁰ Ibid. p.84

²¹ Ibid. p.40

²² Ibid. p.274

le groupe. Cette influence est évidemment variable en fonction d'un certain nombre de facteurs, comme la « popularité » des membres de ce sous-groupe, leurs positions hiérarchiques ou leurs rôles.

2.2 Au cœur de l'influence.

Les principaux concepts mobilisés dans ce mémoire étant définis, le moment est venu pour moi d'effectuer un tour d'horizon des principales théories susceptibles d'éclairer ma réflexion autour des influences pesant sur nos choix de soignants. Mon but n'est pas de dresser un catalogue exhaustif de ces influences — un ouvrage dédié au sujet n'y suffirait pas — mais plutôt d'acquérir une vision d'ensemble des facteurs d'influences majeurs auquel tout un chacun est confronté. C'est un voyage au cœur de l'influence que je vous propose d'entreprendre à mes côtés...

2.2.1 Consultons le Dr. Freud.

Le mécanisme du transfert fut découvert par Sigmund Freud, neurologue de formation et père de la psychanalyse. Lors des psychothérapies qu'il met en place, Freud met en évidence ce phénomène, décrit comme un « lien affectif s'instaurant entre l'analysant et l'analyste dès lors que le premier rencontre une limite au savoir et suppose que le second posséderait ce savoir qui manque »²³. Il s'agit en fait d'un « amour porté par le patient à son analyste » car il voit en lui le détenteur de connaissances qu'il n'a pas.

Bien qu'initialement décrit par Freud comme s'opérant dans la relation analyste/analysé, le transfert intervient dans toute relation. Il apparaît plus généralement comme un déplacement d'affects sur une personne, à la suite de la réactivation de désirs, conflits et représentations dont l'origine remonte parfois à l'enfance du sujet. Le transfert peut donc tout à fait s'observer dans les relations IDE/ESI²⁴ ou soignant/soigné. Il arrive par exemple qu'une patiente âgée puisse manifester de la peur ou de l'agressivité, vis-à-vis d'un soignant masculin en raison de relations difficiles avec les hommes dans son vécu : elle transfère alors sur le soignant des affects négatifs liés à son histoire personnelle. Confronté à ce déplacement de sentiments sur sa personne, le soignant adopte en réponse un comportement qui est fonction de la nature du transfert initial (positif ou négatif) et de son propre vécu: c'est le contre-transfert.

²³ SAURET, M.-J.. Freud et l'inconscient. 1999, Toulouse. Editions Milan. Collection les essentiels Milan. 64p.

²⁴ Etudiant en Soins Infirmiers

Transfert et contre-transfert sont des mécanismes psychiques inconscients qui ont un impact significatif dans la relation établie dans un contexte de soin.

Reprenons ma deuxième situation d'appel, dans laquelle j'accepte d'immobiliser une patiente sur son lit pour que l'infirmière puisse lui faire un bladder scan. Sans vouloir risquer une psychanalyse sauvage, il me semble intéressant de noter l'existence de phénomènes de transfert à l'œuvre dans cette relation triangulaire infirmière/étudiant/patiente. Lors de ce stage, je considérais en effet l'infirmière concernée comme détentrice d'un savoir et désireuse de me le transmettre : il s'agissait vraisemblablement d'un transfert positif, sur le thème de la relation mère-enfant. L'infirmière a réagi à cette admiration qui lui était renvoyée en rentrant tout à fait dans son rôle d'aide et d'accompagnement ; son contre-transfert a donné lieu à une relation de complicité réciproque, qui a contribué à définir notre relation IDE/ESI. Par désir de plaire, il est très probable que j'ai pu durant ce stage orienter mes actions en conformité avec la vision de cette infirmière.

Dans la première situation, celle où j'ai refusé d'immobiliser la patiente, mes relations avec l'infirmière étaient tout autres. J'ai rapidement pris une certaine distance envers cette soignante, qui a probablement perçu mon retrait et réagi en me considérant comme un élève rebelle, peu attentif aux remarques. Notons également que la patiente en cause dans cette situation était une de celles dont j'avais la charge. Je suivais donc cette personne atteinte de démence depuis plusieurs semaines, j'avais eu l'occasion d'échanger sur sa situation avec son mari et j'avais même fait des recherches sur la maladie d'Alzheimer afin d'améliorer ma communication avec elle.

La différence de mes réactions dans ces deux situations s'éclaire peu à peu...

2.2.2 Les vertus de l'insoumission.

Entre 1960 et 1963, Stanley Milgram, psychosociologue américain, réalise une série d'expériences visant à étudier le phénomène de soumission à l'autorité. Il imagine donc un procédé expérimental devenu célèbre. Des sujets sont recrutés au moyen d'une annonce faisant appel à des candidats pour mener une expérience sur la mémoire. Une fois la personne parvenue au laboratoire, un scientifique en blouse blanche lui explique qu'il cherche à évaluer l'effet de la punition dans l'apprentissage. Pour ce faire, le sujet joue le rôle du « professeur » et énonce des couples de mots à un « élève », attaché sur une chaise. L'élève, qui est en réalité un acteur, doit donner une réponse selon les règles de l'exercice qui lui sont expliquées. S'il se trompe, le sujet « professeur » doit lui

administrer une décharge électrique, en augmentant d'intensité à chaque nouvelle erreur. Les chocs électriques sont fictifs mais l'élève-acteur agit comme s'ils étaient bien réels, en manifestant une douleur et une angoisse croissantes avec l'augmentation de leur intensité. Le scientifique se contente d'inciter le sujet à continuer d'administrer les chocs. L'expérience est terminée lorsque le sujet refuse absolument de continuer à administrer les décharges électriques — ce qui constitue une désobéissance— ou lorsqu'il a administré le choc maximal trois fois d'affilée : c'est la soumission. Le but de l'expérience est d'identifier les comportements des individus quand une autorité perçue comme légitime leur demande d'agir contre un tiers.

Les psychiatres de l'époque prévoyaient qu'un ou deux sujets sur mille seulement iraient jusqu'à administrer le choc maximal à l'élève. En réalité, 40% des sujets allèrent jusqu'au choc maximal ; 65%, lorsque la victime ne se trouvait pas dans la même pièce qu'eux !²⁵ Ces résultats eurent un retentissement très important et mirent en évidence que le phénomène de soumission à l'autorité est susceptible de prendre le dessus sur les « valeurs personnelles » des individus. Notons au passage que parmi la grande diversité de sujets ayant administré les chocs jusqu'au bout, il se trouvait une infirmière...

D'autres expériences ont contribué à mettre en lumière ce phénomène de soumission à l'autorité. Le lecteur intéressé pourra se référer aux études de Meeus et Raaijmakers de 1984 sur une soumission à un exercice de torture psychologique²⁶ et celle de Leyens, en 1986, sur une soumission à une autorité prescrivant une conduite absurde²⁷.

Revenons à nos soignants. Ma réaction première a été de considérer que ceux-ci étaient moins sensibles que la moyenne à ce phénomène de soumission à l'autorité : leur travail ne consiste-t-il pas à considérer l'intérêt du patient avant tout ? Les expériences de psychologie sociale menées dans le milieu des soins ne sont pas légions, mais l'une d'entre elles a fait date et m'a permis de revoir ma position.

En 1966, Hofling et ses collaborateurs élaborent une expérience afin d'évaluer la soumission à l'autorité des infirmières à l'hôpital.²⁸ Leur méthode est la suivante : un

²⁵ MILGRAM, Stanley. Soumission à l'autorité, un point de vue expérimental. 2012, Paris : Calmann-Lévy. 269 pages. Collection « Liberté de l'esprit ». p.123

²⁶ MEEUS Wim H. J. et RAAIJMAKERS Quinten A. W. Obedience in modern society : The Utrecht studies. Journal of social issues. Automne 1995. Volume 51, pages 155-175.

²⁷ Psychologie-sociale.com. Autorité, absurdité et soumission. [En ligne]. [Consulté le 01/01/2013]. Disponible sur : http://www.psychologie-sociale.com/index.php?option=com_content&task=view&id=211&Itemid=77

²⁸ HOFLING, C.K. et al. An experimental study of nurse-physician relationships. Journal of nervous and mental diseases. 1966, n° 14, p. 171-180.

acteur appelle une infirmière de nuit dans un service de soin en se faisant passer pour le « Dr Smith ». Il lui demande de vérifier si son armoire à pharmacie contient de « l'Astroten ». L'infirmière trouve le médicament et ne peut pas manquer de lire sur le flacon la mention « dose maximale journalière : 10mg ». Le Dr Smith demande alors à l'infirmière d'administrer 20mg d'Astroten à un des patients de l'unité, en précisant qu'il est pressé et qu'il rédigera l'ordonnance lorsqu'il passera dans le service un peu plus tard. Si l'infirmière en question administre la prescription, elle enfreint sciemment trois règles :

- Elle a interdiction d'accepter les prescriptions par téléphone.
- Ce médicament lui est inconnu et n'est pas référencé dans la liste des médicaments autorisés dans le service.
- La dose prescrite par le médecin est deux fois supérieure à la dose maximale indiquée sur le flacon du produit.

Sur les 22 infirmières contactées, 21 ont obéi et administré à leur patient ce médicament, qui n'était heureusement qu'un placebo inventé pour les fins de l'expérience. Cette étude a permis de démontrer que le phénomène de soumission à l'autorité est également un facteur d'influence déterminant dans les décisions des soignants. Milgram s'est d'ailleurs appuyé sur cette étude pour dire de l'hôpital qu'il s'agit d'un milieu très hiérarchisé, propice à l'exercice du pouvoir et donc aux influences de ce type²⁹.

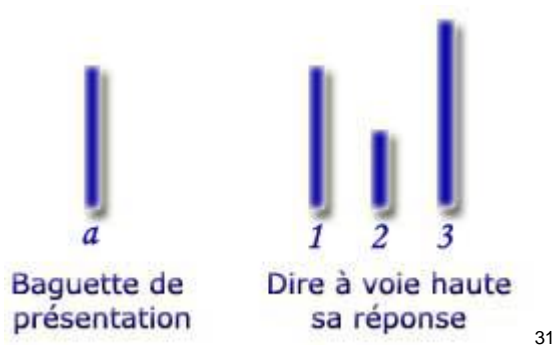
A bien y réfléchir, chacun est confronté à une autorité dans un service de soin, que celle-ci soit fonctionnelle (l'aide-soignant et l'étudiant infirmier sous l'autorité de l'infirmier, l'infirmier sous celle du médecin) ou hiérarchique (l'infirmier répond de ses actes auprès du cadre infirmier, etc...). Fort logiquement, la pluralité des relations de subordination augmente d'autant la prévalence du phénomène de soumission à l'autorité.

²⁹ MILGRAM, Stanley. Op-cit. p.103-104

2.2.3 L'infirmier, animal social.

En 1951, Solomon Asch réalise une expérience visant à étudier l'effet que peut avoir l'opinion des autres sur notre propre jugement.³⁰ Un individu peut-il adopter une opinion contraire à ses principes d'origine, sous l'effet de la pression du groupe ?

Un groupe d'une dizaine d'étudiants accepte de participer à ce qu'il leur est présenté comme une expérience sur la vue. Au cours de celle-ci on leur distribue deux cartes, reproduites ci-dessous : sur la première figure un trait vertical témoin, sur l'autre figure trois autres traits verticaux dont seulement un a la même longueur que le trait témoin.



31

Il est alors demandé à chaque élève de dire à haute voix, chacun à son tour, quel trait a la même longueur que le premier. En réalité, un seul étudiant est sujet de l'expérience : tous les autres sont des compères de l'expérimentateur. L'exercice est répété plusieurs fois. Les élèves compères énoncent alors régulièrement et de manière unanime une réponse fautive. Si au départ le sujet naïf donne la réponse qui lui paraît la plus juste, l'expérience montre qu'après un certain laps de temps il hésite et finit par choisir une réponse pourtant visiblement erronée sous la pression du groupe : c'est ce qu'on appelle l'effet Asch. De moins de 1% d'erreur lorsque les sujets sont seuls à faire le test, les expérimentateurs obtiennent un taux de mauvaises réponses supérieur à 35% lorsque les sujets font le test avec un groupe dont l'opinion diffère régulièrement de la leur !

³⁰ ASCH, Solomon E. Opinions and social pressure. Scientific American. Novembre 1955, Vol. 193, n°5, p.31-35.

³¹ Psychologie-sociale.com. L'effet Asch. [En ligne]. [Consulté le 15/07/2012]. Disponible sur : http://www.psychologie-sociale.com/index.php?option=com_content&task=view&id=234&Itemid=124

Mes expériences de stages m'ont permis d'être le témoin de ce conformisme dans les équipes de soins. Il est parfois difficile de faire entendre sa voix quand l'opinion majoritaire est différente de la nôtre. Cela se vérifie sans doute d'autant plus si l'on se place du point de vue de l'étudiant infirmier, qui a tout intérêt à s'intégrer à l'équipe.

2.2.4 Choisir une fois pour toutes : l'effet de gel.

Je commence à entrevoir à travers les facteurs d'influence précités comment nos décisions ne sont pas seulement le fruit de notre réflexion objective ou l'expression de notre nature profonde mais aussi les produits de l'influence du contexte dans lequel on se trouve.

L'étude de l'effet de gel est également utile pour comprendre les mécanismes en jeu dans nos choix. Joule et Beauvois, deux chercheurs français en psychologie sociale, nous expliquent ce qu'est l'effet de gel en s'appuyant sur les travaux de Kurt Lewin. Pour eux, si un individu prend une décision dans une situation donnée, il aura tendance à *adhérer* à cette première décision et à conformer ses futurs choix par rapport à celle-ci, dans des situations similaires. Ce phénomène d'adhérence à la décision initiale est appelé effet de gel car ce choix originel *gèle* en quelque sorte la ligne décisionnelle de l'individu.³²

Lorsque nous prenons une décision qui vient contredire une ou plusieurs décisions précédentes, il s'ensuit parfois un phénomène de dissonance cognitive. L'effet de gel est en quelque sorte un processus naturel visant à diminuer cette dissonance. Cet effet explique en partie pourquoi, dans l'expérience de Milgram, les personnes avaient tendance à continuer à administrer les chocs à l'élève. En effet, après avoir actionné la manette une première fois, les sujets ressentent un certain malaise à l'idée de ne plus continuer. Ils ont le sentiment que ce changement de comportement les ferait paraître peu fiables et illogiques. Cet effet de gel peut donc nous amener à persévérer dans une conduite maltraitante : une fois la ligne franchie, il est chaque jour plus difficile de faire marche arrière.

Il n'est pas difficile de trouver des illustrations de ce phénomène dans les pratiques soignantes. Imaginons qu'un médecin appelle une infirmière fraîchement diplômée et lui fasse une prescription par téléphone. L'erreur consisterait à estimer que, pour obtenir l'estime du médecin, l'infirmière puisse exceptionnellement

³² JOULE, Robert-Vincent, BEAUVOIS, Jean-Léon. Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens. 2002, Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble. 281 p. p.29-31

d'appliquer cette prescription orale. En réalité, ce choix serait lourd de conséquences. Cet accord exceptionnel serait perçu comme définitif par le médecin, qui ne comprendrait pas pourquoi l'infirmière concernée pourrait décider un jour de ne plus accepter les prescriptions par téléphone. L'infirmière se sentira dorénavant obligée de prendre les prescription par téléphone : c'est ce qu'on appelle *l'engagement* en psychologie.

2.2.5 Syndrome Genovese et prise de position.

En 1964, un fait divers tragique défraie la chronique aux Etats-Unis. Une jeune femme, Kitty Genovese, est agressée, poignardée puis violée par un inconnu sur le parking de son immeuble new-yorkais. L'enquête policière établit que 38 personnes assistèrent à l'agression ; la plupart étaient des habitants de l'immeuble attirés à leur fenêtre par les cris répétés et les appels à l'aide de la victime. Aucun des témoins n'intervint pour lui porter assistance et la jeune femme succomba à ses blessures. La presse s'empara de l'affaire et n'hésita pas à qualifier ces témoins d'individus égoïstes dénués de toute compassion.

Cet évènement incita deux psychosociologues américains, Latané et Darley, à mener une étude sur les réactions des témoins dans les situations d'urgence.³³ En 1968, ils procèdent donc à une expérience. Des étudiants à l'université sont invités à venir parler des difficultés qu'ils éprouvèrent lors de leur première année. Chacun est installé par un expérimentateur dans une pièce différente, équipée d'un micro et d'un casque. L'expérimentateur quitte ensuite la pièce et l'élève écoute alors les autres étudiants évoquer leur vécu. En réalité, ce sujet dit *naïf* est seul et entend des voix pré-enregistrées. Au terme d'un laps de temps défini, le sujet entend un autre élève expliquer d'une voix mal assurée qu'il a parfois des crises d'épilepsie et qu'il ne se sent pas bien. Cette personne, qui est bien évidemment un acteur, demande de l'aide et simule une crise convulsive. L'expérience vise donc à établir si le sujet naïf va intervenir et si c'est le cas, après quel délai.

Trois conditions expérimentales sont étudiées. Dans la première, on informe le sujet naïf qu'ils ne sont que deux élèves (lui et la future victime), dans la deuxième condition on lui dit qu'ils sont trois et dans la dernière, six. Les résultats montrent que les sujets interviennent dans 100% des cas lorsqu'ils pensent être les seuls à pouvoir venir en aide à la victime. Ils ne sont plus que 85% lorsqu'ils pensent qu'un autre élève à

³³ DARLEY, John M., LATANE, Bibb. Bystander intervention in emergencies : diffusion of responsibility. Journal of personality and social psychology. 1968, Vol. 8, p. 377-383.

entendu l'appel à l'aide, et leur délai d'intervention augmente sensiblement. Enfin, seuls 62% interviennent lorsque 4 autres élèves peuvent intervenir, et leur délai d'intervention est alors trois fois plus long que dans la condition n°1.

Pour Latané et Darley, les probabilités qu'une victime soit secourue sont donc inversement proportionnelles au nombre de témoins assistant à la scène. Pour le dire plus simplement, un individu qui se noie a plus de chances d'être sauvé si une seule personne est témoin de sa noyade que si il y en a dix. Cette apathie des témoins, parfois qualifiée de Syndrome Genovese, serait essentiellement dû à un phénomène appelé dilution de responsabilité.³⁴ Etant tous capables d'intervenir, chaque individu pense en lui-même qu'un autre que lui peut venir en aide à la victime, que les autres sont donc tout autant responsables que lui, ce qui diminue son propre sentiment de responsabilité.

Il n'est pas difficile d'imaginer des cas dans lesquels la dilution de responsabilité s'observe dans les structures de soin. Face à une dérive maltraitante connue de plusieurs membres de l'équipe, le soignant peut en effet avoir le sentiment que sa propre responsabilité est diminuée, que d'autres que lui pourraient se positionner pour mettre un terme à cette situation, et finalement ne pas agir lui-même. Nous y reviendrons.

2.2.6 Avons-nous le temps d'aider notre prochain ?

En 1973, Darley et Batson publient « From Jerusalem to Jericho », une étude sur l'influence des facteurs situationnels et dispositionnels dans les décisions liées à un acte altruiste.³⁵ Les sujets de l'expérience sont des étudiants au séminaire, aspirants à la prêtrise. Il leur est demandé d'écrire un commentaire d'un texte qui leur est donné. Dans une première condition expérimentale, le texte en question est la parabole du Bon Samaritain³⁶, dans l'autre il s'agit d'un texte sans rapport avec l'altruisme. Il est ensuite demandé aux séminaristes d'aller enregistrer le commentaire qu'ils ont rédigé dans un studio installé dans un autre bâtiment. Bien entendu, le commentaire de texte est sanctionné par une note, ce qui accroît son importance aux yeux des étudiants. Pour se

³⁴ LE POULTIER, François, DUBOIS Nicole. Ce qui fait qu'on fait ce qu'on fait ! [Conférence filmée]. Université Nancy 2 – Vidéoscope. 113 min. 2008. Disponible sur : http://www.canal-u.tv/video/les_amphis_de_france_5/ce_qui_fait_qu_on_fait_ce_qu_on_fait.3559

³⁵ DARLEY, John M., BATSON, C. Daniel. From Jerusalem to Jericho : a study of situational and dispositional variables in helping behavior. *Journal of personality and psychology*. 1973, Vol. 27, n°1, p. 100-108.

³⁶ Parabole biblique mettant en valeur l'altruisme à travers l'exemple d'un voyageur qui porte assistance à un homme battu et dépouillé par des voleurs alors qu'il se rendait de Jérusalem à Jéricho.

rendre au studio d'enregistrement, chaque séminariste doit traverser une cour. Trois conditions expérimentales sont testées :

- Condition A (contrainte de temps minimum) : Une personne informe le séminariste qu'il est en avance et qu'il a donc tout le temps de traverser la cour pour aller enregistrer son texte.
- Condition B (contrainte moyenne): Il est dit au séminariste qu'il est à l'heure et qu'il doit se diriger sans tarder vers le bâtiment.
- Condition C (contrainte maximum): Cette fois, on informe l'étudiant qu'en raison d'un malentendu il est déjà en retard et qu'il doit donc se dépêcher de traverser la cour pour enregistrer son texte, avant que le studio ne ferme ses portes.

En traversant ladite cour, chaque séminariste passe devant un homme affalé contre une porte, présentant tous les signes de l'infarctus du myocarde — encore un acteur, cela va sans dire. Le sujet ne peut pas manquer de voir l'homme en question. L'expérience mesure le nombre de sujets s'arrêtant pour lui porter secours et refusant de le laisser seul, malgré que l'homme leur assure aller bien.

Premier résultat de l'expérience : le fait que le sujet ait ou non étudié un texte sur l'altruisme n'a pas d'influence significative sur sa propension à secourir la victime. Deuxième constat : la contrainte de temps exerce une influence déterminante sur le comportement des sujets. En effet, 63 % des sujets « en avance » s'arrêtent pour aider la victime, contre 45 % pour ceux qui sont « à l'heure » et seulement 10% pour ceux qui sont « en retard » ! Un des sujets a même littéralement enjambé la victime, dans sa hâte d'aller enregistrer un texte sur l'importance d'aider son prochain...

Cette étude prouve qu'un individu supposé altruiste comme un prêtre ou comme un soignant n'est en aucun cas à l'abri de l'influence de contraintes extérieures sur son comportement à l'égard des personnes requérant une aide. J'irai même plus loin en émettant l'hypothèse que les infirmières en milieu hospitalier seraient particulièrement exposées à une telle influence compte tenu des contraintes de temps qu'elles subissent au quotidien.

2.2.7 L'effet Lucifer, ou comment devenir maltraitant en 7 étapes.

J'aimerais conclure cette présentation des principales théories relatives aux facteurs d'influence en évoquant les travaux de Philip Zimbardo. Ce psychosociologue américain, camarade de classe de Milgram au lycée, a développé une nouvelle approche des facteurs d'influence. Il a également le mérite de s'être penché sur une question essentielle, à savoir : comment des gens *a priori* disposés à faire le bien peuvent-ils en arriver à faire le mal ?

En 1971, alors professeur à l'Université de Stanford, Zimbardo recrute des étudiants pour participer à une « étude psychologique sur la vie carcérale ». Il sélectionne les candidats en prenant garde de ne retenir que les individus qui lui semblent les plus équilibrés mentalement et finalement n'en retient que 24. Ces sujets sont divisés aléatoirement en deux groupes : les prisonniers et les gardiens. Les étudiants sont ensuite renvoyés chez eux, l'expérience ne devant commencer que plusieurs jours plus tard. Ce que Zimbardo avait omis de préciser, c'est que le lendemain matin les sujets « prisonniers » devaient subir une arrestation réaliste à leur domicile par la police municipale. Les jeunes gens sont ensuite conduits dans un bâtiment réaménagé pour présenter toutes les caractéristiques d'une prison. Les gardiens reçoivent un uniforme militaire, une matraque et des lunettes de soleil ; nous verrons que ces détails ont leur importance. Les prisonniers doivent quant à eux porter une sorte de chemise ouverte comme on peut en trouver à l'hôpital. Des matricules leur sont attribués, qui remplacent leur nom et prénom, puis ils sont installés dans des cellules dans lesquelles ils vivront durant la totalité de l'expérience. Les gardiens travaillent en rotation et sont autorisés à rentrer chez eux entre leurs prises de poste. Ces derniers ne reçoivent par ailleurs aucune formation particulière. Ils ont pour seule consigne de surveiller les prisonniers et de prendre les mesures nécessaires au maintien de l'ordre, avec cependant l'interdiction d'abuser physiquement des détenus.

Après seulement 5 jours, les gardiens punissaient les « infractions » des prisonniers en les soumettant à des exercices physiques épuisants et dégradants, leur faisaient nettoyer les toilettes à mains nues, leur ordonnaient de se déshabiller et leur faisaient subir des humiliations sur le thème sexuel, comme la simulation d'une sodomie. La réaction de stress occasionnée fut si intense que certains étudiants, pourtant recrutés sur la base de leur équilibre mental, souffrirent de détresse psychique aiguë au bout de

36 heures. L'expérience, qui devait durer deux semaines, fut arrêtée au bout de 6 jours en raison de la perte de contrôle totale sur le comportement des gardiens.³⁷

A la suite de cette expérience, Zimbardo a développé sa théorie de « l'effet Lucifer », qui tente d'expliquer comment des individus ou des groupes, agissant d'ordinaire avec humanité, peuvent adopter des comportements radicalement différents dans certaines circonstances. Il met ainsi en lumière le rôle de facteurs d'influence situationnels et les met en relation avec certains types d'organisations institutionnelles, comme l'armée ou la prison. Zimbardo a ensuite établi une liste de 7 processus psychosociaux majeurs, susceptibles d'amener un individu à en maltraiter un autre.³⁸ Je vais les passer en revue, ce qui me permettra de faire le lien avec les théories précédemment citées et d'en dégager une interprétation dans le domaine soignant.

- Faire inconsciemment le premier pas

Dans l'expérience de Milgram, le premier choc n'est que de 15 volts : une intensité si faible que la victime ne le sent même pas. C'est là que réside le danger, car une ligne est franchie: « si j'ai abaissé une manette, pourquoi n'abaisserai-je pas la suivante ? ». Le principal mécanisme en jeu est donc ici l'effet de gel. Souvent, des comportements maltraitants en milieu de soins commencent par des actes anodins, ne portant pas réellement atteinte au patient. Toute maltraitance commence symboliquement par une décharge de 15 volts, nous dit Zimbardo³⁹.

- La déshumanisation de l'Autre

Le fait de ne plus reconnaître l'Autre comme un *alter ego* — c'est à dire au sens étymologique du terme « un autre moi »—, est symboliquement très fort. En refusant à l'Autre le titre de personne, le statut d'être humain à qui je devrais le respect, je m'autorise à la traiter comme un animal ou un objet. Sartre parlait de réification pour qualifier ce processus de transformation de l'autre en chose par l'action du regard qu'on porte sur lui. C'est ce que met en valeur l'expérience de Stanford, dont les prisonniers sont appelés par leur matricule, triste écho d'une pratique que les nazis employaient dans les camps de la mort. Sommes-nous si différents, nous autres soignants, lorsqu'en transmission infirmières nous trouvons plus facile de parler de « la pancréatite du 14 » ?

³⁷ ZIMBARDO, Philip. *The Lucifer Effect, Understanding how good people turn evil*, First Edition. 2007, United States of America. Random House. 562 pages. [Format Pdf].

³⁸ ZIMBARDO, Philip. Conférence TED. Philip Zimbardo on the psychology of evil. TED talks. 23 min. 2008.

³⁹ Ibid.

- La désindividualisation de soi

L'anonymat a été mis en cause dans le processus de déresponsabilisation. Lorsqu'il ne craint pas d'être tenu pour responsable de ses actes, un individu est d'autant plus porté à faire des choses qu'il n'aurait pas faites si il avait été publiquement reconnu comme leur auteur. C'est un phénomène qui peut s'observer en période de guerre, avec la désindividualisation des soldats, et c'est ce que Zimbardo a voulu montrer en affublant les gardiens de son expérience d'un uniforme et de lunettes de soleil masquant en partie leur identité. Le parallèle avec les uniformes portés par les soignants en services de soin est trop évident pour que l'on n'y songe pas. L'anonymat relatif du soignant aux yeux des patients exerce très certainement une influence sur son comportement.

- La dilution de responsabilité

Latané et Darley nous l'ont montré avec l'apathie des témoins : la perte du sentiment de sa propre responsabilité est probablement à l'origine de bien des dérives maltraitantes. La déresponsabilisation est en effet un phénomène impliqué dans de nombreux facteurs d'influence.

- L'obéissance aveugle à l'autorité

Nous l'avons vu dans l'expérience de Milgram, le phénomène de soumission à l'autorité est un facteur d'influence particulièrement puissant. Du Tribunal de Nuremberg au procès des dirigeants du régime Khmer Rouge, nombreux sont les criminels qui ont basé leur défense sur le fait qu'ils n'avaient fait qu'obéir aux ordres. Dans l'une des expériences de Milgram, une infirmière est allée jusqu'à administrer le choc électrique maximal à une personne insistant pour qu'on la libère et qu'on lui avait présenté comme souffrant de problèmes cardiaques!⁴⁰ Lors de son débriefing, elle justifia son comportement en disant : « l'expérimentateur m'a dit « Continuez », j'ai obéi. ».⁴¹ Il est intéressant de noter que de nombreux sujets, dont l'infirmière en question, ont manifesté leurs doutes sur la moralité de la punition infligée. Certains ont même demandé à l'expérimentateur qui serait responsable en cas de défaillance cardiaque de l'élève. La plupart ont alors continué, rassurés, quant l'acteur en blouse blanche leur a dit qu'il en

⁴⁰ MILGRAM, Stanley. Soumission à l'autorité. Op-cit. p101-104.

⁴¹ Ibid. p103.

prenait l'entière responsabilité... Là encore, on saisit bien le rôle déterminant que joue la perte du sentiment de responsabilité dans les phénomènes de maltraitance.

- L'adhérence sans conditions aux normes du groupe

Chaque étudiant infirmier est soumis à une injonction paradoxale durant sa formation. Il lui est dit et répété que la réussite d'un stage passe par son intégration à l'équipe soignante. La dynamique des groupes restreints lui apprend par ailleurs qu'un groupe se définit notamment par ses normes, explicites et implicites. Intégrer un groupe, c'est donc souscrire aux normes qui lui sont propres. Or, le stagiaire est aussi prévenu de prendre garde à ne pas se soumettre aveuglément aux règles en vigueur dans le groupe, au risque d'être amené à réaliser des actes contraires aux bonnes pratiques recommandées. Nous sommes ici au confluent de la désindividualisation, de la soumission à l'autorité et des mécanismes psychanalytiques en jeu dans les groupes. Il en résulte une certaine confusion chez l'étudiant mais cela ne vaut-il pas infiniment mieux que de ne pas l'entretenir des risques inhérents au conformisme social ?

- La tolérance passive par l'inaction

« On est souvent injuste par omission, et non pas seulement par action », selon Marc-Aurèle ⁴². Dans son *Enfer*, Dante réserve même les places les plus brûlantes à ceux qui ont maintenu leur neutralité dans des périodes de crise morale. Une conception de l'inaction comme complicité que rendra célèbre la phrase attribuée à Edmund Burke : "All that is necessary for the triumph of evil is that good men do nothing"⁴³.

Notre société, à travers le droit pénal, considère également que l'on peut se rendre coupable d'un acte en ne dénonçant pas son auteur ou en n'intervenant pas pour aider la victime. Nous l'avons vu, cette passivité peut en partie s'expliquer par des facteurs liés au contexte, avec la dilution de responsabilité, l'effet de gel ou encore les contraintes de temps. Nous trouvons alors des explications à notre défaut d'action : l'angoisse de la note, un statut perçu comme précaire dans une équipe, etc... Le fait est que nous saurons toujours trouver de bonnes raisons pour ne pas agir.

⁴² MARC-AURELE. Pensées pour moi-même. 1964, Malesherbes. GF Flammarion. 222p.

⁴³ « Une seule chose est nécessaire pour que le Mal triomphe : que les hommes de bien ne fassent rien. »

3 Sur le terrain : la recherche empirique

3.1 Méthodologie de l'enquête exploratoire

3.1.1 Professionnels concernés

Après cette exploration des théories de l'influence et fort de ce nouveau savoir théorique, il me faut à présent procéder à une analyse empirique. Comment, en effet, prétendre comprendre les phénomènes de maltraitance et les chemins qui y mènent sans consulter des professionnels du soin, confrontés à cette problématique sur le terrain ? Ces futurs confrères et consœurs sauront sans aucun doute éclairer mes interrogations d'un nouveau jour et m'aider à en faire émerger de nouvelles. Je décide donc de procéder à une enquête auprès de trois Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE) aux profils et expériences différents, afin d'obtenir une diversité de points de vue et de réflexions, gages d'une enquête exploratoire de qualité.

Ces professionnels travaillent tous trois dans un Centre de Médecine Physique et de Réadaptation (CMPR) des Pays de la Loire. Ce centre accueille des patients pour des motifs variés, notamment : rééducation à la suite d'une opération chirurgicale ou d'un AVC, prise en charge de personnes souffrant de douleurs chroniques ou de pathologies neuro-dégénératives, ainsi que 6 lits réservés à des patients en Etat Végétatif Chronique ou en Etat Pauci-Relationnel. Cette diversité de pathologies et de démarches de soin, alternant prises en charges complexes et accompagnement de patients quasi-autonomes, permet de se confronter à des situations relationnelles très différentes et est sans aucun doute une richesse quant à la réflexion des soignants autour des questions de la bientraitance.

Les trois professionnels interrogés sont les suivants:

- **L'infirmier A** est diplômé depuis 17 ans et travaille dans la structure depuis 13 ans. Auparavant, il a travaillé aux urgences, en services de médecine, de chirurgie, en entreprise et en EHPAD.
- **L'infirmière B** est diplômée de l'Ecole des Cadres depuis 7 ans et exerce en temps que Cadre de Santé Infirmier dans la structure depuis 4 ans. Elle a sous sa responsabilité les équipes infirmières et aide-soignantes des 4 services du centre de rééducation.
- **L'infirmière C** a été diplômée en juillet 2012. Il s'agit de son premier poste.

3.1.2 Forme de l'enquête

D'après mon expérience, la maltraitance est un sujet qui ne laisse pas indifférent et un échange autour de cette thématique suscite bien souvent des réactions intéressantes chez les soignants dans leurs discours mais aussi sur le plan de la communication non-verbale et des émotions. Afin de prendre en compte au mieux ces subtilités qui font toute la richesse d'une conversation humaine, je m'oriente donc vers la forme de l'entretien. De plus, et contrairement au questionnaire, il s'agit d'une excellente manière de faire surgir de nouvelles pistes de réflexion à explorer, auxquelles je n'aurai pas moi-même pensé.

J'opte pour l'entretien semi-directif, qui me semble le plus adapté. Le sujet a en effet la possibilité de s'exprimer avec liberté et de développer des points qui lui semblent important tout en étant guidé par les questions. Celles-ci permettent de maintenir le cadre indispensable à tout travail autour d'un thème aussi vaste que celui qui nous occupe.

3.1.3 Grille d'entretien

Lors de ces entretiens individuels d'une durée approximative de 20 minutes, j'aborde la thématique de la maltraitance à travers 3 grands items.

- Premier item : L'expérience de la maltraitance

Dans cette première partie, j'interroge le soignant sur son expérience des questions de la maltraitance. Je lui demande notamment s'il a été témoin d'abus de la part des soignants dans sa carrière, quelles ont pu être ses interrogations et ses réactions dans de tels contextes, etc... Cette entrée en matière permet d'introduire la thématique en partant du vécu du soignant et en prenant en compte ses représentations du soin.

- Deuxième item : La comprendre

J'aborde ensuite la question des causes de la maltraitance en service de soins : comment expliquer ces abus ? Leur origine est-elle à rechercher dans la personnalité des soignants incriminés ou bien dans les situations qu'ils ont rencontrées ? Existe-t-il des soignants à l'abri de la dérive maltraitante ? Cet item vise à donc à confronter mes recherches théoriques avec l'expérience du soignant.

- Troisième item : La prévenir et la combattre

Dans ce troisième item, je vise l'ouverture et j'encourage le professionnel de santé à partager avec moi les solutions qu'il a pu imaginer — à son niveau ou au sein d'un groupe de travail—pour construire une réaction face aux attitudes maltraitantes.

Ces trois items me permettent d'effectuer un tour d'horizon des questions de la maltraitance, depuis ses origines jusqu'aux solutions envisagées pour la combattre. Les éléments fournis par ces professionnels de santé vont être précieux à ma réflexion : je vais ainsi pouvoir juger de la pertinence de ma question de départ et envisager de nouvelles pistes à explorer. L'intégralité de la grille d'entretien est reproduite en annexe n°1 de ce dossier.

3.2 Analyse des entretiens

3.2.1 Maltraitance en service de soins

Dès le début des entretiens, un premier élément est frappant : tous les soignants interrogés ont été témoins d'actes de maltraitance durant leur carrière. Des abus courants, donc ? L'infirmier A affirme avoir « assisté à des choses maltraitantes », en particulier en début de carrière en insistant sur leur régularité : « C'était du quotidien ». Des exemples ? L'IDE A ne sait plus où commencer tant il semble en avoir en tête : « Des patients à qui l'on dit de faire dans leur couche plutôt que de leur apporter le bassin, à qui on donne à manger le plus rapidement possible, en faisant de la bouillie avec les aliments parce que ça va plus vite, des violences verbales aussi... ». Il précise toutefois n'avoir jamais été témoin de « violences physiques, de patients qui se font taper dessus. » L'IDE B, à son tour, explique avoir été confronté à des abus de la part de soignants dans sa pratique de cadre, en précisant qu'elle non plus n'a « jamais eu à gérer une situation [de] violences physiques caractérisées sur les patients ». Selon elle, les « manifestations d'indifférence » sont plus fréquentes mais aussi « plus difficiles à constater ». L'IDE C a aussi été témoin de violences, notamment verbales « toutes les semaines ou presque » durant ses stages.

Alors finalement, qu'est ce qu'une maltraitance ? L'IDE B en donne sa définition: « Je dirais qu'il s'agit de tout acte, geste, parole, regard, manifestation d'indifférence, défaut de soin ou d'attention, banalisation ou acte de violence qui entraîne un manque de respect du patient ». L'IDE A abonde en ce sens, en insistant sur le caractère parfois

involontaire, voire inconscient de certains abus : « on peut être maltraitant sans intention de l'être ».

Face à ces dérives, les soignants ont eu des réactions diverses. L'IDE B explique avoir dû prendre des mesures lorsqu'il lui a été rapporté — chose rare— qu'un soignant en particulier « était assez brusque » avec les patients de son unité. Après enquête, elle a « convoqué la personne dans [son] bureau pour un entretien de recadrage et [mis en place] des échéances et des mises au point régulières. » Il s'agit du seul cas de maltraitance sur lequel elle a eu à intervenir depuis sa prise de poste dans la structure. L'IDE A, quant à lui, livre son expérience de la maltraitance : « Avec du recul j'ai assisté à des choses maltraitantes, où je n'ai pas été actif », « Je regardais ça de façon tout à fait passive ». Il juge bon de développer : « Personnellement j'estime que je n'ai jamais été maltraitant. », ce qui laisse à penser que ne pas intervenir devant un acte maltraitant est une chose bien différente que de l'être soi-même. Il poursuit : « Je pense que ça se reproduirait maintenant, j'aurais forcément une autre attitude [sic]. » L'IDE C explique que son attitude dépend de la gravité des abus constatés, en admettant « qu'en tant que jeune diplômée, c'est pas toujours évident d'aller voir la personne pour lui dire de se remettre en question. »

3.2.2 La comprendre

Lors que j'interroge les IDE afin de savoir si selon eux certaines personnes sont à l'abri des dérives maltraitantes, la réponse est unanime : « Personne n'est à l'abri » (IDE B), « Je pense que sur une carrière, c'est impossible de ne jamais être maltraitant. » (IDE C), « On est tous à risque, il faut en être conscient. [...] On peut tous devenir maltraitants un jour. [...] Celui qui dit que ça ne lui arrivera jamais : c'est faux. [sic] » (IDE A).

Alors, quid des causes derrière de telles dérives ? Manifestement, les soignants interrogés les classent en deux grandes catégories : « il y a des facteurs personnels », explique l'infirmier A, « et puis il y a les facteurs extérieurs ». Les facteurs personnels semblent être subdivisés eux-mêmes en deux sous-parties :

Des personnalités « à risque » : « Il y a des gens, infirmiers comme aide-soignants, qui ne sont pas à leur place, qui passent à travers les mailles du filet » (IDE A).

Les soignants fragilisés à un moment de leur vie personnelle et professionnelle : « On est tous par moments pris [par] nos soucis personnels qui font qu'il y a du stress et

que d'un seul coup on peut ne pas prendre le temps d'écouter le patient, [...] ce qu'il nous renvoie, ses désirs. » (IDE B) ; « Tu peux avoir des moments dans ta vie où tu est plus mal, ou tu décompenses des problèmes psychologiques voire psychiatriques, un burnout... [...] ça peut être facteur de maltraitance. » (IDE A).

Les soignants en viennent ensuite aux facteurs extérieurs, qui m'intéressent plus particulièrement. Là encore, tous les IDE interrogés semblent spontanément reconnaître l'existence de ces facteurs d'influence situationnels, ce qui semble conforter ma théorie. Avec leurs mots et expressions qui leur sont propres, ces soignants évoquent ainsi :

Les contraintes de temps et de charge de travail : « Tu peux avoir une surcharge de travail qui fait que tu vas prioriser les choses pour aller plus vite et être un peu plus expéditif avec les patients : ce qui peut être de la maltraitance aussi. » (IDE A) ; « Par manque de temps on va passer moins de temps dans les chambres, on va être moins à l'écoute » (IDE C) ; « la maltraitance est liée, c'est sûr, à un manque d'effectif » (IDE B).

La routine, la ritualisation et l'absence de remise en question de ses pratiques : « On prend des habitudes quand on reste longtemps sur un poste, dans une équipe. Cela devient confortable de se comporter comme ça et l'on ne se pose plus de questions. » me dit l'IDE B, qui ajoute que la maltraitance peut se faire jour via « une banalisation des soins, un manque de réflexion et d'analyse de ses pratiques de soignant ».

Le conformisme social. L'IDE A parle de l'influence que peut exercer un groupe, en particulier sur un étudiant ou un jeune infirmier : « J'étais jeune diplômé et les gens qui étaient maltraitant avaient de l'expérience donc ça faisait partie pour moi de la normalité. [...] Je regardais ça de façon tout à fait passive. [...] Ca se passait comme ça. » L'IDE C confirme : « En tant que jeune diplômée, c'est pas toujours évident d'aller voir la personne pour lui dire de se remettre en question. [...] Chacun tient à la bonne ambiance de son équipe et à la place que chacun a. [...] Parfois on fait semblant de n'avoir rien vu et on avance, parce que c'est plus facile de ne rien dire. »

La vulnérabilité des personnes soignées, qui en raison de leur âge ou de leurs fonctions cognitives sont parfois déshumanisées et réduites à l'état d'objets de soin par les soignants : « Pour les personnes âgées en EHPAD, les gens fragilisés, les personnes dépendantes, le risque [de maltraitance] est accru. » (IDE B).

Un contre-transfert négatif envers un patient perçu par le soignant comme irrespectueux (en raison ou non d'une étiologie neurologique) : « Tu peux avoir un patient agressif systématiquement et à un moment, tu peux craquer. » (IDE A). Cet aspect serait

semble-t-il régulièrement mis en avant par les équipes de soins lors des temps d'échanges autour des questions de la maltraitance. « Les soignants passent souvent de la maltraitance exercée par les professionnels sur les patients à celle exercée par les patients sur eux » (IDE A). L'IDE C alimente ce constat : « Il y a aussi tout ce qu'il y a agressions verbales ou physiques par le patient au quotidien. [...] Parfois c'est hyper difficile à gérer aussi. »

Le manque de connaissances : l'IDE B met ainsi en cause « un manque de formation et d'information ». L'IDE A estime qu'à ses débuts, il y a 10 ans, « le sujet de la maltraitance était quelque chose de complètement tabou, il n'était pas connu, il n'était pas travaillé. ». Bien que la situation se soit améliorée selon lui, il estime indispensable de « faire de l'information et de la formation en IFSI. [...] Et puis faire de la formation régulière au sein des services. »

L'apathie des témoins, enfin, avec des professionnels qui rechignent à intervenir pour mettre fin à des abus constatés. Les raisons invoquées pour justifier cette loi du silence sont variées mais la probable exclusion du « délateur » par le groupe semble largement prédominer: « Faire une déclaration écrite, ça peut rebuter les gens [...] ça rappelle de mauvais souvenirs ! Tu peux vite te faire passer pour un collabo où je ne sais quoi. » (IDE A). « Aller dénoncer quelqu'un... disons que ça fait des vagues ! » (IDE C.) L'IDE B, en déplorant le peu de déclarations de maltraitance réalisées, pointe elle aussi du doigt le statut très péjoratif du dénonciateur au sein du groupe : « C'est un des travers d'un travail d'équipe : on demande aux gens de travailler en équipe et [les soignants], sans se rendre des comptes des responsabilités qu'ils prennent, couvrent, couvrent, couvrent... jusqu'au jour où ça va trop loin. Mais c'est quelque chose qu'ils ont constaté depuis longtemps : une dérive.... Quand on lit des événements, ou quand on rencontre des cas particuliers, on se rend compte que ça a toujours, à un moment, été couvert par l'équipe.»

Le mot de dérive est lâché. Il semble que ce que j'ai pu avancer jusqu'à maintenant se trouve corroboré par les propos de ces soignants confronté à la maltraitance de manière bien réelle... Le tableau dressé paraît sombre mais heureusement, mes interlocuteurs ne sont pas à court d'idée pour contrecarrer les facteurs d'influence passés en revue.

3.2.3 La prévenir et la combattre

Mettre l'accent sur la formation initiale et continue: « ça paraît indispensable » selon l'IDE A, qui note déjà les progrès effectués depuis ses premières prises de poste : « Il y a quand même une prise de conscience individuelle et collective sur la maltraitance. [...] Ça a le mérite de faire réfléchir les gens, de leur faire se poser des questions. ». L'IDE C estime que la formation initiale insiste suffisamment sur la question de la maltraitance mais qu'il faut faire de la formation continue : « une petite piqûre de rappel pour se remettre en question plus souvent... ». Pour la cadre infirmier B, d'accord pour de la formation continue « mais à l'extérieur de la structure. [...] Se détacher de son lieu de travail et prendre le recul géographique permet aussi à certains de prendre un recul intellectuel » et donc d'accepter de remettre en cause leurs pratiques.

Organiser des temps d'échanges au sein des établissements. Il faut « en parler en équipe » (IDE A). « La solution [...] c'est de parler en équipe. » confirme l'IDE C. Ces temps « libèrent la parole » et permettent de « renvoyer certaines choses et de réfléchir ensemble » (IDE B) ; L'IDE A ajoute : « Sur un patient qui pose problème [sic], ça serait intéressant de faire des synthèses et de s'accorder un peu de temps, d'en discuter ensemble et de savoir où sont nos limites et aussi où sont les limites du patient. », il poursuit : « Ça peut se faire en équipe pluridisciplinaire, avec des médiateurs qui ont un peu de recul. ». « On n'est plus dans le lien hiérarchique, dans la crainte de la sanction. Ça leur permet aussi d'échanger sur des ressentis. » (IDE B).

Tous sont cependant conscients des limites d'une telle initiative : « Le fait d'aller te confier dans ce genre d'ateliers, peut donner lieu à des jugements de valeurs de la part des autres. Certains vont penser que les gens qui vont là sont de mauvais soignants. », confie l'IDE A, avant d'ajouter : « quand il s'agit d'aller en parler en groupe avec des collègues, au vu et au su de plein de gens, tout de suite, ça y est, t'as les deux pieds sur le frein. ». Il faut donc une demande : « je pense que c'est plus riche quand ça vient de l'équipe elle-même. » (IDE B) et surtout que les instances dirigeantes de l'établissement ne s'y opposent pas : « la direction ne voulait pas trop de groupes de paroles parce que ça renvoyait des dysfonctionnements de l'organisation. » (IDE B).

Réfléchir sur la déclaration des évènements de maltraitance. « Si on passe pas par cette étape là, ça ne sert à rien d'évoquer la maltraitance », selon l'IDE A. Il faut donc responsabiliser les personnels, pour éviter l'apathie des témoins : « Si vous êtes témoin de maltraitance, le fait de ne pas le déclarer peut vous rendre complice et ça, ça fait réfléchir les gens. » (IDE A). Il faut également améliorer le système de déclaration des abus : trop peu pratique, trop difficile d'un point de vue psychosocial et aussi trop peu

connu. L'IDE B parle d'une « procédure écrite très lourde qui, déjà, quand on la regarde, ne donne pas envie de la remplir ». Une réflexion autour de cette déclaration semble nécessaire, les avis étant partagés : « c'est peut être plus facile de faire sa déclaration sur un écran informatique ou un papier que de venir voir le cadre. » (IDE B), « Faire une déclaration écrite, ça peut rebuter les gens. » (IDE A).

Fait intéressant, les IDE A et B évoquent d'eux-mêmes **le rôle de la Certification** dans ce processus de lutte contre la maltraitance. Ou plutôt, comme me corrige la cadre infirmière B, dans la « démarche en faveur de la bientraitance », le mot « maltraitance » étant banni des plaquettes de présentation des établissements... Tous deux estiment que la Certification pourrait contribuer à cet effort, si elle était bien utilisée par les décideurs au sein des établissements : « normalement une certification c'est travailler sur une amélioration de la qualité sur le continu : ça veut dire qu'il y a une dynamique et que la direction en est le manager principal. » (IDE B). L'IDE A déplore toutefois un processus dont le but est davantage de « remplir des cases que de résoudre le problème ». L'IDE B est consciente de cette dérive : « Si vous avez une direction qui vous dit, au moment où les experts sont sur le parking et qu'ils rejoignent leurs voitures : « Tranquille pour 4 ans ! », c'est pas tout à fait pareil. » Et si l'on revenait aux sources de la certification ? Tout un programme...

3.3 Conclusion des entretiens

Ma propre expérience personnelle, les résultats de mes recherches ainsi que l'analyse des entretiens m'aiguillent dans la même direction. La maltraitance est une problématique qui concerne tous les soignants. La réaction des professionnels, lorsqu'ils sont témoins de tels abus, va de la passivité à la prise de position mais est avant tout fonction d'un grand nombre de variables : expérience et « maturité » du soignant, sa réflexion sur la question de la bientraitance, les formations suivies, son vécu personnel, la pression du groupe dans lequel il se trouve, le contexte de la situation, etc... Cette enquête sur le terrain m'a permis de confirmer ma théorie sur l'importance des facteurs d'influence situationnels dans les dérives maltraitantes en service de soin. Je suis d'ailleurs surpris de constater que l'existence de ces facteurs est bien connue des professionnels de santé, même si ceux-ci ont parfois des difficultés pour « mettre des noms » sur les influences ressenties.

Ces entretiens m'ont par ailleurs permis de faire émerger d'autres questionnements, tels que l'extraordinaire difficulté que peut constituer la déclaration ou la prise de position d'un soignant face à des actes maltraitants commis par un de ses

collègues. Cette situation engendre un conflit interne, un mal être et une confusion bien perceptible chez l'IDE, qui se sent écartelé entre sa loyauté envers ses collègues et son devoir vis-à-vis du patient. L'IDE A m'a ainsi fait part de sa détresse en évoquant les plaintes d'un patient concernant les agissements d'une collègue : « Qu'est ce que je fais avec ça ? Je suis bien embêté. Je crois le patient ? Je crois mes collègues ? Je suis solidaire avec eux ? Si je mets ça entre les mains de la hiérarchie, qu'est ce qui va se passer ? ». L'ambivalence du soignant est palpable : une action est nécessaire, quelle qu'elle soit, pour faire cesser les abus, mais l'on perçoit la crainte, légitime, d'être catalogué comme « un collabo » (IDE A) et mis au ban de la microsociété que représente l'équipe de soins.

Il semble donc, à la lumière de ces entretiens, que les phénomènes de conformisme social et d'apathie des témoins exercent un rôle majeur dans ces situations complexes de maltraitance. Pour les infirmiers interrogés, la solution passe notamment par la formation initiale et continue ainsi que par la possibilité donnée aux soignants de s'exprimer au sein de groupes de parole.

Deuxième temps : Vers une nouvelle investigation...

« Chacun tient à la bonne ambiance de son équipe et à la place que chacun a. [...] Parfois on fait semblant de n'avoir rien vu et on avance, parce que c'est plus facile de ne rien dire. »

L'infirmière C, lors de l'entretien réalisé pour ce travail de fin d'étude.

1 Problématique et hypothèse

1.1 Problématisation

Mon enquête exploratoire m'a permis de confirmer le résultat de mes recherches théoriques concernant l'importance des facteurs d'influence situationnels. J'ai maintenant des éléments de réponse à avancer en regard de la question de départ formulée au début de ce travail. Pour rappel, cette question était la suivante :

« Quels sont les principaux facteurs situationnels susceptibles d'influencer les décisions que prennent les professionnels de santé en situation de maltraitance dans une structure de soin ? Quel contrôle pouvons-nous exercer sur ces facteurs ? »

Lors de mon travail de recherche empirique, j'ai pris conscience que l'apathie des témoins, le conformisme social ou encore le contre-transfert négatif sont des facteurs dont l'influence sur les soignants est bien réelle et récurrente dans les unités de soin. Durant les entretiens réalisés, j'ai prêté une oreille attentive aux solutions avancées par les soignants interrogés et ai ainsi pu mesurer toute l'importance du rôle que peuvent jouer la formation et les temps d'échanges dans la prévention de l'apparition des phénomènes maltraitants en établissement de soins.

Mes recherches m'ont donc permis de répondre en grande partie à ma question de départ. Toutefois, comme tout processus de recherche, celui-ci a également fait surgir des interrogations nouvelles. Lors de ces échanges passionnants avec les IDE que j'ai choisi d'interroger, j'ai ainsi noté la récurrence d'un constat d'importance. Selon tous mes interlocuteurs, il existe en effet une zone floue et mal explorée, où se jouent des mécanismes peu connus : il s'agit de la prise de position d'un soignant témoin d'abus de la part d'un collègue.

Pour l'infirmière C, les réactions face à de tels comportements relèvent de la politique de l'autruche : « Il y a parfois des non-dits, parfois on fait semblant de ne rien avoir vu et on avance, parce que c'est plus facile de ne rien dire. » Son collègue infirmier (IDE A) confirme le malaise des soignants lorsque ceux-ci sont témoins d'un acte de maltraitance de la part d'un des leurs (ou lorsqu'un patient leur rapporte de tels faits) : « Toute l'étape de déclaration de maltraitance est une étape très, très difficile. [...] Le problème est là. ». Cet infirmier, qui a déjà été confronté au dilemme entre « dénonciation » des abus et « solidarité » envers les collègues incriminés, estime ainsi que sans un travail approfondi sur la question de la déclaration, « il ne sert à rien d'évoquer la maltraitance. ».

1.2 Question de recherche

Au vu de ces nouveaux éléments mis au jour lors de mon enquête exploratoire, j'éprouve le besoin d'enquêter sur les mécanismes exerçant une influence sur la décision de l'infirmier témoin de comportements maltraitants de la part d'un collègue envers un patient. Il me paraît nécessaire de mettre à nu les influences qui interviennent en pareils moments, afin de mieux comprendre l'inadéquation entre le nombre d'abus réellement constatés par les soignants et ceux pour lesquels une action est entreprise pour y mettre un terme. Là encore, ce n'est qu'au prix d'une telle analyse qu'il sera possible de proposer des mesures correctives destinées à favoriser l'échange, l'analyse et les réajustements face à ces questions au sein d'une équipe soignante.

Pour ce nouveau travail de recherche, ma question sera donc celle-ci :

Quels facteurs d'influences situationnels s'exercent lors de la prise de décision du soignant d'intervenir ou non — de quelque manière que ce soit — devant un acte de maltraitance dont il a été le témoin de la part d'un de ses pairs en établissement de santé ?

1.3 Hypothèse de recherche

D'après mes connaissances et le résultat des mes investigations précédentes, je postule que la pression sociale ressentie par le soignant au sein de l'équipe peut être suffisante pour le dissuader de se positionner lorsqu'il est témoin d'abus. Le groupe agit comme une entité à part entière, avec son propre instinct de survie : tout ce qui est perçu comme un danger vis-à-vis de son équilibre — même un équilibre atteint dans le dysfonctionnement — est mis à l'écart, harcelé voire chassé par ses membres. Le soignant s'abstient donc de déclarer l'abus ou d'aborder la question avec le soignant concerné, de crainte que cette attitude ne soit perçue comme une trahison vis-à-vis du groupe et que son statut dans celui-ci n'évolue vers une place de « bouc-émissaire ».

De plus, il est probable qu'à cette influence du conformisme social se surajoute le phénomène de dilution de responsabilité décrit par Latané et Darley⁴⁴. Bien souvent, les actes maltraitants de la part d'un individu sont récurrents et connus du reste de l'équipe. Devant cet état de fait, le soignant se pose en substance la question suivante : « après tout, pourquoi devrais-je être celui qui va chercher à mettre un terme à ces abus ? Les autres savent aussi bien que moi ce qui se passe : ils sont aussi responsables que moi, eux aussi peuvent intervenir. » Bien entendu, si ce sentiment est partagé par tous les membres de l'équipe, personne n'intervient et les abus se poursuivent.

Cela ne signifie pas pour autant que les soignants cautionnent de tels actes. Bien au contraire, ils les réprouvent et la violence de la discordance affective qui résulte de leur inaction augmente d'autant la *tension* qu'ils subissent, pour reprendre un terme utilisé par Milgram. Progressivement, l'ambiance au sein de l'équipe se dégrade et des phénomènes d'explosions apparaissent : « Aux transmissions [surviennent] des règlements de compte directs, indirects... » (IDE B.) En réaction à cette atmosphère devenue irrespirable, les démissions s'accumulent et il n'est pas rare que des équipes se délitent ainsi alors même que les non-dits originels avaient pour fonction d'en préserver la structure.

Mon hypothèse de recherche est donc la suivante :

Confronté à un acte de maltraitance commis par un de ses collègues, le soignant est réticent à agir pour y mettre un terme en raison notamment des phénomènes de dilution de responsabilité et de conformisme social inhérents au groupe auquel il appartient.

⁴⁴ cf. 2.2.5 « Syndrome Genovese et prise de position »

2 L'ordre et la méthode

Afin d'étudier la validité de cette hypothèse, je vais donc ici proposer la méthodologie d'un travail de recherche qui serait de nature à fournir des éléments déterminants dans la compréhension de la problématique de prise de position face à un acte maltraitant constaté.

2.1 Population cible et lieux

Du fait de leur position en première ligne auprès des patients, les personnels infirmiers et aide-soignants des établissements de santé sont davantage concernés par le constat de la maltraitance et par la problématique de l'attitude à y opposer. C'est donc naturellement vers eux que je vais me tourner pour réaliser cette étude.

La participation à l'étude se fera sur la base du volontariat. Les recherches en psychologie sociale et comportementale ont en effet établi que l'*engagement* ressenti par les personnes ayant elles-mêmes choisi de participer à une étude améliore leur adhésion à celle-ci. Leur libre participation à l'enquête permettra donc d'obtenir un taux de retour amélioré des questionnaires et une fiabilité accrue des résultats obtenus.

Cette recherche portera sur 100 infirmiers et aide-soignants volontaires de quatre établissements de santé du département :

- Centre Hospitalier Départemental : 30 infirmiers et 30 aide-soignants.
- EHPAD⁴⁵ n°1 : 5 infirmiers et 5 aide-soignants
- EHPAD n°2 : 5 infirmiers et 5 aide-soignants
- Centre Hospitalier Spécialisé en Psychiatrie : 10 infirmiers et 10 aide-soignants

2.2 Outil

Les participants à l'étude rempliront un questionnaire (reproduit en Annexe II) qui permettra d'obtenir une vue d'ensemble sur le positionnement du soignant face à un acte maltraitant à travers 10 questions (2 questions fermées, 7 questions à choix multiples et 1 question ouverte). La forme du questionnaire est cette fois préférée à celle de l'entretien

car cette méthode va permettre d'analyser un grand nombre de réponses de manière simplifiée.

Ces réponses donneront lieu à une analyse quantitative et qualitative qui aboutira à l'obtention de données statistiques. Les résultats obtenus, mis à disposition de psychologues et de professionnels de santé spécialisés dans la question de la maltraitance, permettront d'éclaircir les mécanismes d'influence en jeu dans le processus décisionnel d'un soignant témoin d'un abus. Ils donneront lieu à une publication sous forme d'article afin que les sociétés savantes et les chercheurs en sciences infirmières puissent s'en inspirer pour concevoir et alimenter de nouvelles études et travaux sur les facteurs d'influences situationnels en structures de soin.

Les questions n°1, 2 et 3 de ce questionnaire ont pour objectif de comprendre comment circule l'information après qu'un événement maltraitant ait été constaté, autrement dit : avec quelles personnes de l'équipe le témoin d'actes maltraitants partage-t-il ce qu'il a vu ou entendu ? Communiquer une information, c'est déjà agir, il est donc utile de connaître les destinataires récurrents de cette transmission et d'en connaître la nature : officielle (le cadre) ? ou bien officieuse (le collègue en question, les autres membres de l'équipe) ?

Les questions n°3, 4 et 5 concernent la réponse habituellement faite aux actes maltraitants dans l'établissement, en interrogeant le soignant sur le nombre d'abus faisant l'objet d'une action (par un soignant, l'équipe ou l'établissement) ainsi que sur la nature de cette action (échange et discussions, intervention directe, déclaration). L'item n°6 vise à évaluer la perception de la déclaration d'événements indésirables par les soignants : s'agit-il d'une étape envisagée par eux en cas d'abus constatés ? La jugent-ils simple, utile, efficace ? Evaluer la perception de la déclaration par les personnels de soin peut s'avérer un objectif secondaire intéressant.

Les questions n° 3, 8 et 9 permettent de toucher le cœur de notre sujet et ont pour but de comprendre quels mécanismes entrent en jeu lors de ce processus décisionnel entre action et passivité. Le soignant témoin d'abus est-il réticent à en parler à certaines personnes dans l'équipe (le cadre, par exemple) ? Perçoit-il l'échange avec ses collègues ou avec le soignant concerné comme une alternative intéressante aux procédures officielles ? quelle place est réservée dans le groupe à celles et ceux qui interviennent pour mettre fin à de tels abus ?

⁴⁵ Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

La question 7 permet de connaître la proportion de soignants ayant bénéficié d'une formation spécifique à la question de la maltraitance et aux comportements à adopter en pareil cas. Enfin, la question 10 est une question ouverte destinée à recueillir les propositions des soignants sur des initiatives à mettre en place, susceptibles de permettre une prise de position plus systématique des soignants témoins d'un acte de maltraitance et surtout d'en optimiser la qualité et l'efficacité.

2.3 Limites

Bien entendu, la méthodologie de cette étude n'est pas sans failles. Tout d'abord l'outil choisi pour l'enquête peut s'avérer problématique. Le questionnaire est en effet un moyen simple et relativement rapide à mettre en œuvre pour mener une analyse quantitative sur un grand nombre de réponses mais il n'est pas exempt de défauts. Ainsi, la forme même de cet outil est de nature à diminuer l'*engagement* des sujets. Ces derniers peuvent en effet remplir le document de manière rapide, sans attacher beaucoup d'importance au niveau de détail de leurs réponses. Bien que des précautions soient prises afin de diminuer ce risque —notamment par l'inscription volontaire à l'étude—, il est possible que cet effet de *désengagement* entraîne une diminution de la fiabilité des réponses obtenues. Il sera donc important de donner une information claire sur les objectifs de ce questionnaire et de l'étude aux volontaires, afin que ceux-ci en mesurent toute la portée. Un débriefing de l'étude auprès de chaque établissement concerné et accessible à tous les personnels qui le souhaitent pourrait également se révéler une mesure intéressante dans ce cas de figure.

De plus, comme je l'ai expliqué plus haut, le volontariat des participants est une condition *sine qua non* pour cette étude. Il est donc théoriquement possible que le nombre de participants soit inférieur au nombre requis pour mener à bien l'enquête (100 volontaires). Ceux qui procèdent régulièrement à des études par le biais de questionnaires savent bien que le pourcentage de réponses est bien souvent très faible en comparaison du nombre de documents distribués. Si toutefois le nombre minimum de participants n'était pas obtenu, il serait toujours possible, par exemple, de distribuer 500 questionnaires afin d'obtenir nos 100 réponses nécessaires à l'étude ; en gardant à l'esprit l'effet délétère sur l'*engagement* et la fiabilité des réponses qu'aurait cette décision.

Enfin, la dernière difficulté réside dans la thématique même de cette enquête. La maltraitance et ses mécanismes sont difficilement mesurables : leur évaluation reste subjective et le sujet lui-même rencontre des résistances chez les interrogés, même si l'objectif de cette étude est de mettre à jour de grandes tendances en s'appuyant sur

l'analyse statistique des réponses. Il est également possible que les soignants qui rempliront le questionnaire soient eux-mêmes influencés par des phénomènes comme le conformisme social, ce qui aura un impact sur la fiabilité de leur réponse. Pour diminuer ce risque, le questionnaire est anonyme et consigne sera donnée de le remplir de manière individuelle.

Ces imperfections, imputables à mes connaissances limitées en psychologie sociale et comportementale ne me semblent toutefois pas de nature à entraver la mise en place de ce travail de recherche.

Conclusion

Le milieu des soins en France a entretenu pendant des siècles des relations étroites avec la morale judéo-chrétienne, ce qui a profondément marqué notre manière d'appréhender les comportements maltraitants. Pour nombre de personnes, ces abus sont bien souvent perçus comme l'œuvre de personnes insuffisamment critiques vis-à-vis de leurs pratiques, donc prédestinées à être maltraitantes. A la rigueur, certains sont-ils prêts à reconnaître que ces personnalités déviantes ont reçu un « coup de pouce » qui les a fait définitivement franchir la ligne, comme des contraintes de temps majeures. Si l'influence des valeurs altruistes et la capacité d'auto-analyse du soignant est incontournable, elle n'est pourtant pas la seule en jeu : pour certains psychosociologues, l'influence des facteurs liés à la situation prend parfois le pas sur les dispositions d'un individu⁴⁶. Les professionnels de soin semblent au fait de cet aspect et beaucoup d'entre eux estiment que la bientraitance est l'affaire de tous et que nul n'est à l'abri de franchir la ligne.

Mes recherches m'ont permis de mettre en lumière de tels facteurs d'influences s'exerçant sur les soignants en établissements de soins. Ces influences, comme la pression sociale du groupe que constitue l'équipe de soin ou encore la dilution de responsabilité au sein de celle-ci ont un impact non négligeable sur les comportements des soignants. Ces différents facteurs d'influence contribuent à expliquer l'émergence de certains phénomènes maltraitants ainsi que l'inaction parfois constatée des professionnels qui en sont les témoins. Leur étude *in extenso* s'avère donc nécessaire afin de pouvoir mettre en place des mesures efficaces destinées à prévenir et lutter contre les abus existants.

Ce travail de recherche a également été très enrichissant d'un point de vue personnel. Il m'a tout d'abord permis de m'initier à la recherche infirmière, un aspect de la profession appelé à se développer à l'avenir et dont les avancées seront autant de pas vers une meilleure prise en charge des personnes soignées. De plus, ce mémoire sur la maltraitance et ses causes marquera durablement mon identité de soignant. J'ai acquis lors de mes recherches des connaissances qui me se seront précieuses tout au long de mon exercice professionnel, exercice que j'entends bien placer sous le signe de la bientraitance !

⁴⁶ ZIMBARDO, Philip. The Lucifer Effect. Op-cit. Préface.

Ce mémoire signe donc la fin d'un cycle et le début d'un autre... Pourtant, si je quitte mon statut d'étudiant au terme de ma formation, je resterai un apprenant tout au long de ma vie professionnelle. Faire preuve de curiosité, ne pas se reposer sur ses habitudes et toujours remettre en question ses pratiques sont aussi les qualités du bon soignant.

Le métier que j'ai choisi — ou qui m'a choisi...— est également celui de l'adaptation, de l'ouverture : ouverture vers l'autre mais aussi ouverture d'esprit de la part de celui qui l'exerce. Je m'efforcerai donc d'accueillir les occasions de pratiquer les soins infirmiers dans différents contextes comme autant de chances de progresser sur ce chemin qui s'ouvre à moi, en gardant en mémoire les paroles d'Hippocrate :

*« L'art est long,
La vie est brève,
L'opportunité fugitive. »⁴⁷*

⁴⁷ Hippocrate, Aphorismes, sect.1, n°1

Bibliographie

ANZIEU, Didier et MARTIN Jacques-Yves. La dynamique des groupes restreints. 1968, Paris. Presses Universitaires de France. 397 p.

ASCH, Solomon E. Opinions and social pressure. Scientific American. Novembre 1955, Vol. 193, n°5, p.31-35.

CAMUS, Albert. La Chute. 2010, Barcelone : Gallimard. 153p. Collection Folio.

DARLEY, John M., BATSON, C. Daniel. From Jerusalem to Jericho : a study of situational and dispositional variables in helping behavior. Journal of personality and psychology. 1973, Vol. 27, n°1, p. 100-108.

DARLEY, John M., LATANE, Bibb. Bystander intervention in emergencies : diffusion of responsibility. Journal of personality and social psychology. 1968, Vol. 8, p. 377-383.

HOFLING, C.K. et al. An experimental study of nurse-physician relationships. Journal of nervous and mental diseases. 1966, n° 14, p. 171-180.

JOULE, Robert-Vincent, BEAUVOIS, Jean-Léon. Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens. 2002, Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble. 281 p.

LABORIT, Henri. Eloge de la fuite. 1976, Paris : Editions Robert Laffont. 93p. Collection Folio essais.

MEEUS Wim H. J. et RAAIJMAKERS Quinten A. W. Obedience in modern society : The Utrecht studies. Journal of social issues. Automne 1995. Volume 51, pages 155-175.

MILGRAM, Stanley. Soumission à l'autorité, un point de vue expérimental. 2012, Paris : Calmann-Lévy. 269 pages. Collection « Liberté de l'esprit ».

MARC-AURELE. Pensées pour moi-même. 1964, Malesherbes. GF Flammarion. 222p.

NIETZSCHE, Friedrich. Humain, trop humain deuxième partie : Le voyageur et son ombre. Traduction de Henri Albert. 90 pages. [Format Pdf]

NIETZSCHE, Friedrich. Liberté de la volonté et fatum, 1862. 4p. [Format Pdf]

SAURET, M.-J.. Freud et l'inconscient. 1999, Toulouse. Editions Milan. Collection les essentiels Milan. 64p.

SPINOZA, Baruch. L'Ethique. Traduction français de Saisset, 1849. [Format Pdf mis en forme le 04/06/2002 par David Bosnan].

ZIMBARDO, Philip. The Lucifer Effect, Understanding how good people turn evil, First Edition. 2007, United States of America. Random House. 562 pages. [Format Pdf].

Emission « 28 minutes » du 3 octobre 2012. France, 2012, 40 mn. Arte France.

LE POULTIER, François, DUBOIS Nicole. Ce qui fait qu'on fait ce qu'on fait ! [Conférence filmée]. Université Nancy 2 – Vidéoscope. 113 min. 2008. Disponible sur : http://www.canal-u.tv/video/les_amphis_de_france_5/ce_qui_fait_qu_on_fait_ce_qu_on_fait.3559

ZIMBARDO, Philip. Philip Zimbardo on the psychology of evil. [Conférence filmée]. TED talks. 23 min. 2008. Disponible sur : http://www.ted.com/talks/philip_zimbardo_on_the_psychology_of_evil.html

Conseil de l'Europe, comité des ministres. Résolution ResAP(2005)1 sur la protection des adultes et enfants handicapés contre les abus du 2 février 2005. [En Ligne]. [Consulté le 24/09/2012]. Disponible sur : <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=817379&Site=COE>

ANESM. La bientraitance, définitions et repères pour la mise en œuvre. [En ligne]. [Consulté le 24/09/2012]. Disponible sur : http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_bientraitance.pdf

ANESM. Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux. [En ligne]. [Consulté le 25/09/2012]. Disponible sur : http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_ethique_anesm.pdf

Bientraitance.fr, blog des bonnes pratiques. Qu'est ce que l'humanité ? [En ligne]. [Consulté le 24/09/2012]. Disponible sur : <http://www.bientraitance.fr/qu%E2%80%99est-ce-que-l%E2%80%99humanitude/>

Infirmiers.com. Marisol Touraine au salon infirmier 2012. [En Ligne]. [Consulté le 28/12/2012]. Disponible sur :
<http://www.infirmiers.com/actualites/actualites/marisol-touraine-au-salon-infirmier-2012-en-progres-peut-mieux-faire.htm>

Larousse. Influence. [En ligne]. [Consulté le 13/04/13]. Disponible sur :
<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/influence>

Psychologie-sociale.com. L'effet Asch. [En ligne]. [Consulté le 15/07/2012]. Disponible sur :
http://www.psychologie-sociale.com/index.php?option=com_content&task=view&id=234&Itemid=124

Pôle Santé, Sécurité des Soins du Médiateur de la République. Le non-respect d'autrui : droits et devoirs des usagers et des professionnels de santé. [En ligne]. [Consulté le 24/09/2012]. Disponible sur :
http://www.securitesoins.fr/maltraitance/droits-et-devoirs-des-usagers-et-des-professionnels-de-sante_fr_08_01.html

Psychologie-sociale.com. Erreur fondamentale d'attribution. [En ligne]. [Consulté le 01/01/2013]. Disponible sur :
http://www.psychologie-sociale.com/index.php?option=com_content&task=view&id=18&Itemid=2

Psychologie-sociale.com. Autorité, absurdité et soumission. [En ligne]. [Consulté le 01/01/2013]. Disponible sur :
http://www.psychologie-sociale.com/index.php?option=com_content&task=view&id=211&Itemid=77

Carolyn Monastra. An Antarctic Expedition, "An iceberg near our first landing". Photographie publiée le 13/01/12. [En ligne]. Disponible sur :
<http://witnessstreephography.wordpress.com/2012/01/>

Liste des annexes

Annexe 1 : Grille d’entretien pour l’enquête exploratoire..... II

Annexe 2 : Questionnaire pour le travail de recherche.....IV

Annexe 1 : Grille d'entretien pour l'enquête exploratoire

I Présentation de l'IDE

- Depuis quand êtes-vous diplômé ?
- Depuis quand travaillez-vous dans cette structure ?
- Quelles sont vos expériences professionnelles précédentes ?

II Entretien

2.1 La maltraitance en établissement de soins

- Avez-vous été témoin d'abus, d'actes maltraitants de la part de soignants à l'égard de leurs patients durant votre exercice professionnel ?
- Avez-vous des exemples de tels comportements qui vous ont marqué et vous reviennent à l'esprit ?
- Quels ont été votre état d'esprit, vos émotions, vos interrogations, vos réactions lorsque vous avez été témoin de ces phénomènes ?
- Quelle définition donneriez-vous d'un acte maltraitant dans un contexte de soin ?

2.2 La comprendre

- D'après votre expérience, comment expliquer qu'un soignant — dont la vocation est pourtant de prendre soin — puisse en arriver à commettre des actes maltraitants ?
- Selon vous, y a-t-il des soignants qui ne seront jamais maltraitants ou bien aucun de nous n'est-il à l'abri de dériver des bonnes pratiques ?
- Les raisons de telles dérives sont-elles à rechercher dans la personnalité de leurs auteurs ? Dans les situations dans lesquelles ils se trouvent ? Les deux ?

- Pensez-vous qu'un soignant subisse des influences extérieures qui puisse contribuer à le rendre maltraitant ou du moins entraver sa démarche de bientraitance?
- Si oui, lesquelles ? (ex. : contraintes de temps, influence de l'opinion de la majorité de l'équipe de soins, ordre d'un supérieur hiérarchique, uniformes portées par les soignants...)
- A votre avis, lesquelles de ces influences extérieures sont les plus importantes dans une structure de soin ?

2.3 La prévenir et la combattre

- Pensez-vous qu'il soit possible de lutter contre la maltraitance envers les personnes soignées dans un établissement de soin ?
- Si oui, par quel(s) moyen(s) ? Avec la participation de quel(s) acteurs de soin ?
- Est-il possible d'agir sur les facteurs situationnels que nous avons évoqué afin de prévenir la maltraitance ? Si oui, comment ?

Annexe 2 : Questionnaire pour le travail de recherche

Merci de participer à cette enquête sur la prise de position des soignants témoins d'évènements maltraitants au sein des établissements de santé. Prenez le temps de remplir ce questionnaire avec attention. Pour rappel, il est strictement anonyme.

1) Avez-vous déjà été témoin d'actes de maltraitance de la part d'autres soignants sur votre lieu d'exercice professionnel ? (Cochez la réponse appropriée)

- Oui
- Non

2) Comment avez-vous eu connaissance de ces abus le plus souvent ? (Cochez la ou les réponses appropriées) :

- J'en ai été témoin moi-même.
- J'en ai entendu parler par d'autres membres de l'équipe soignante.
- Un ou plusieurs patients m'en ont parlé.
- Autre (précisez) :

3) Vous avez constaté des abus de la part d'un soignant vis-à-vis d'un patient : aucun coup n'est donné mais votre collègue vous semble dépasser les limites. Que faites-vous ? (Cochez la ou les réponses appropriées) :

- Je laisse passer pour cette fois.
- J'en parle avec le collègue concerné.
- J'en parle avec un ou plusieurs autres membres de l'équipe.
- J'en parle au cadre.
- Je fais une déclaration d'événement indésirable.
- Je ne fais rien : ce n'est pas mon rôle et ça fait des histoires.

4) Parmi ces abus dont vous avez eu connaissance, lesquels ont donné lieu à une action des soignants qui en ont été témoins (déclaration, discussion, intervention pour mettre fin à la situation...) ? (Cochez la réponse appropriée) :

- Tous.
- La majorité.
- Moins de la moitié.
- Aucun.
- Je ne sais pas.

5) Quelle procédure est recommandée en pareil cas dans votre établissement ?

(Cochez la ou les réponses appropriées) :

- Il faut aller en parler avec la cadre.
- Il faut faire une déclaration (manuscrite ou informatique).
- Il faut en parler en équipe ou participer à des temps de parole programmés.
- Je ne sais pas.
- Autre, précisez :

6) Que pensez vous de la déclaration d'un événement indésirable à type de maltraitance? (Cochez la ou les réponses appropriées)

- C'est une étape lourde et peu pratique.
- C'est plutôt simple et rapide à faire.
- C'est très difficile vis-à-vis des collègues concernés, de l'équipe.
- Ce n'est pas compliqué, encore faut-il savoir où est le document !
- Je ne sais pas comment la faire.

7) Avez-vous déjà bénéficié d'une formation sur la maltraitance en établissements de soins et les moyens d'y faire face? (Cochez la réponse appropriée)

- Oui
- Non

8) A votre avis, si les soignants sont réticents à agir face à un événement maltraitant, c'est surtout parce que : (Cochez 3 réponses maximum)

- Chacun se dit qu'un autre membre de l'équipe pourrait le faire à sa place.
- Ca ne sert à rien : rien ne change !
- Tout le monde sait déjà très bien qui est « un peu limite » dans l'équipe...
- Après, celui qui en parle est mal vu par les autres.
- Personne ne sait vraiment comment faire.
- Chacun s'occupe de ses affaires et c'est très bien ainsi.

9) Pour vous la discussion autour de la bientraitance c'est : (Cochez la ou les réponses appropriées)

- C'est déjà un processus bien rodé, inutile de revenir sur le sujet.
- Juste quelque chose de mis en place pour que l'établissement passe la Certification : dans les faits, quasiment rien ne change.
- Une étape indispensable mais encore tabou du point de vue des soignants.
- Important et possible, mais il faut revoir les mesure de prévention et de lutte contre les abus envers les patients.

LE DUDAL

Benjamin

JUIN 2013

Diplôme d'Etat infirmier

Promotion 2010-2013

Anatomie de la dérive

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Rennes 1

Résumé :

Nombre d'études portent sur la question de la maltraitance en établissements de santé. Toutefois, la plupart ne s'inscrivent pas dans une analyse des causes de tels comportements de la part des soignants ou, lorsqu'elles le font, insistent majoritairement sur les dispositions qu'avaient ces individus à commettre de tels actes. C'est laisser dans l'ombre un continent en grande partie inexploré, celui des influences externes, dont l'impact sur nos décisions est considérable.

Ce mémoire a donc pour vocation de comprendre dans quelles mesures les soignants sont influencés par de tels facteurs dans leurs processus décisionnels en situation d'abus envers un patient, qu'ils soient sur le point d'en commettre un ou qu'ils en soient les témoins. Dans ce travail d'exploration, la psychologie sociale, l'anthropologie et la psychanalyse sont autant d'outils permettant la mise à nu des causes profondes se cachant derrière la maltraitance en institution de soin.

Abstract :

A large number of studies have explored the subject of patients mistreatment in healthcare institutions. However the deep causes behind such behaviours, such as situational influence factors, have so far remained unexplored. My purpose through this essay is to understand the importance of such hidden factors on caregivers behaviour when they are about to abuse a patient or are the witnesses of such harsh treatment by a fellow nurse.

Social psychology, anthropology and psychoanalysis are the tools I'm referring to in order to practice this "exploration" and bring to light powerful processes that have significant impact on our daily decisions. As US social psychologist Philip Zimbardo once said : "Only by understanding the causes of such evil might we be able to change something about it".

Mots clés :

Maltraitance, influence, facteurs dispositionnels et situationnels, psychologie sociale.

Keywords :

Patients abuse, dispositional and situational factors, influence, social psychology

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

10, rue Marcel Proust

22027 Saint-Brieuc Cedex