



IEPSCF-TOURNAI

53, rue Saint-Brice B-7500 TOURNAI
Tél. +32 69/22.48.41. - www.iepscf-tournai.be

COMMENT DECELER LES SIGNES DE MALTRAITANCE SUR LA PERSONNE SOIGNEE ?

PRESENTE PAR KELLY LAMARQUE
ENSEIGNEMENT SECONDAIRE SUPERIEUR DE
TRANSITION
SECTION : AIDE-SOIGNANT

Remerciements :

Mes remerciements les plus sincères vont à toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à l'élaboration de ce travail de fin d'étude, ainsi qu'à la réussite de ma formation d'aide-soignante.

Ce travail n'aurait pu voir le jour sans l'aide de nombreuses personnes. C'est pourquoi, je tiens à remercier toutes celles et ceux qui m'ont aidé et encouragé tout au long de l'élaboration de ce travail.

Je voudrais remercier tout particulièrement :

Mr Vantomme. P. qui se montre toujours à l'écoute lors de mes doutes et mes questions.
Madame Pére. Y. pour le partage de son savoir, tous mes professeurs qui m'ont accompagné dans cette aventure vers un travail épanoui.

Aux équipes soignantes, sur mes divers lieux de stages. Elles m'ont permis de prendre conscience de l'intérêt d'être un professionnel soignant tout en m'apprenant le sens de la responsabilité qui repose sur ce métier et qui deviendra la mienne dans quelques mois.
Ma famille et mes amis qui m'ont toujours encouragé dans mes choix personnels et professionnels. Ils ont toujours été là pour moi afin de m'aider à franchir chaque étape de ces années d'études. Ils m'ont soutenue dans les moments heureux comme dans les moments plus difficiles.

Mais tout particulièrement à mes amies Justine, Aline, Mélanie, Margaux et Charlotte, à ma sœur Maité et à Bénédicte qui m'ont relu, corrigé et soutenue quand j'avais des doutes dans mon travail et sur mon parcours professionnel.

Mes collègues de promotion, tout particulièrement Antoine, Josiane et Mélanie avec qui j'ai pu échanger sur les problématiques, sur nos doutes mais également sur nos réussites.

Enfin une attention particulière à mes enfants Nolan, Sacha et à mon compagnon Alexis qui m'ont donné la force d'aller jusqu'au bout et qui ont été compréhensif quant à mon entière implication dans la réalisation de ce travail.

À tous et toutes un grand merci.

Table des matières

Introduction.....	1
I. La partie contextuelle.....	3
1. L'aide-soignante.....	4
2. Le soin.....	5
3. Le soigné et sa santé	6
4. Les différents lieux de vie du soigné	6
4.1. Le domicile	6
4.2. L'hôpital	7
4.3. La maison spécialisée.....	7
4.4. Les maisons de repos ou les maisons de repos et de soins	8
5. La négligence	8
6. La maltraitance	9
7. La bientraitance	9
8. La bienveillance.....	10
II. Partie conceptuelle	11
1. Différences entre hôpital, maison de repos et de soin avec le domicile.....	12
1.1. Domicile	12
1.2. L'hôpital	13
1.3. La maison de repos et de soins	14
2. L'équipe	15
3. L'observation	15
4. Définitions.....	16
4.1. La négligence.....	16
4.2. La Maltraitance.....	17
4.3. La Violence	17
5. Différents types de maltraitance et violence.....	17
5.1. La maltraitance par négligence	18
5.2. La maltraitance sexuelle	18
5.3. La maltraitance médicamenteuse	18
5.4. La maltraitance économique.....	18
5.5. L'auto-maltraitance	19
5.6. La violence physique.....	19
5.7. La violence psychologique	19
5.8. La violence conjugale.....	20
5.9. La violence civique.....	20

5.10.	La violence spirituelle.....	20
6.	Le ressenti.....	20
7.	Le bien-être et le mal-être.....	21
8.	Douleur et souffrance.....	22
8.1.	Rôle de la douleur.....	22
8.2.	Définitions de la douleur.....	23
8.4.	Qu'elles sont les différences entre douleur et souffrance ?	26
9.	Les agresseurs	27
10.	La communication verbale, paraverbale, non verbale et les données environnementales. 29	
11.	Les données objectives et subjectives	30
12.	Aspects positifs et négatifs de l'accompagnement	31
III.	Pratique	34
1.	La maltraitance possible dans n'importe quel lieu de vie	35
2.	L'observation	36
3.	Les attitudes à adopter	37
4.	Les signes à observer.....	38
4.1.	Les signes visibles	38
4.2.	Les signes non visibles	39
5.	Analyser les risques.....	40
5.1.	Evaluation de base.....	40
5.2.	Evaluation physique.....	41
5.3.	Evaluation psychique	41
6.	La douleur / la souffrance.....	41
7.	Questions types pour identifier les maltraitements	42
8.	Les agresseurs	43
9.	Comment faire passer un message délicat ?	44
10.	Qui contacter en cas de maltraitance ?	45
11.	Le suivi.....	46
	Conclusion	48
	Annexe	
	Auto-évaluation de l'adulte.....	
	Auto-évaluation de l'enfant	
	Les différentes échelles pour évaluer la douleur.....	
	Bibliographie	
	Sitographie	

Introduction

Étudiante à l'institut de promotion sociale de Tournai dans la branche d'aide-soignante, j'ai choisi ce sujet pour la réalisation de mon travail de fin d'étude. De par notre formation et nos stages dans différents domaines et dans différentes structures. Nous avons été confrontées à plusieurs situations de détresse, d'angoisse, de maladie mais aussi de maltraitance. Nous nous sommes alors questionnés sur les éléments qui nous troublent dans le métier, les éléments que nous aimons, ceux que nous n'aimons pas... Nous avons évalué les situations vécues lors de nos stages. Nous avons longtemps hésité quant à notre thème de recherche. Nous voulions un sujet qui nous serait utile dans notre pratique professionnelle et dans notre façon d'approcher le patient.

Le sujet de ce dossier concerne la maltraitance. Suite à nos stages réalisés à la centrale de service à domicile de Wallonie picarde, au centre hospitalier de Wallonie picarde et en maison de repos la question du positionnement de l'aide-soignant face à la personne soignée portant des risques ou des signes de maltraitance nous a interpellé.

Au cours de notre formation, nous nous sommes demandés ce qu'était un « bon » aide-soignant. Nous nous sommes remis en question sur des situations, sur nos attitudes, sur les actions et les pratiques qui pourraient ou devraient être mises en place. Le travail de fin d'étude est un travail de recherche. Nous avons souhaité approfondir le sujet de la maltraitance dans son lieu de vie actuelle et le positionnement de l'aide-soignant.

L'espérance de vie de nos aînés ne cesse de croître depuis plusieurs années. Les personnes âgées sont souvent attachées à leur domicile et désirent y rester le plus longtemps possible. De ce fait, les services d'aides à la personne évoluent, s'agrandissent et recrutent de plus en plus de professionnels de la santé. Il est important de souligner que la personne soignée n'a pas d'âges, de sexe, de religions, ... Elle est ainsi présente dans différents lieux de vie comme par exemple les hôpitaux, les maisons de repos, ... Ce sujet présente un réel intérêt pour nous. Le bien-être de la personne soignée est la clef et la réussite de notre travail.

Dans un premier temps, notre partie contextuelle, va développer les mots clefs. Il s'en suivra la partie conceptuelle où nous rentrerons dans le vif du sujet et parler de théorie, revoir ce que nous avons pu apprendre durant notre formation. Une partie pratique prendra suite au dossier dans laquelle sera expliqué les moyens mis en œuvre pour répondre au questionnement de

départ. Pour finir, la dernière partie fera l'objet de mon point de vue de future professionnelle de la santé, avant de conclure.

I. La partie contextuelle

1. L'aide-soignante

« L'aide-soignant est un professionnel de la santé qui est spécifiquement formé pour assister l'infirmier/ière en matière de soins et d'éducation des patients, des résidents, dans le cadre des activités coordonnées par l'infirmier dans une équipe structurée »

L'aide-soignant est un soignant, nous allons donc vous donner la définition du mot soignant, selon le Centre National des Ressources Textuelle et Lexicale ¹. Il est « *une personne qui donne des soins, qui soigne une personne.* » Or, un soignant peut-il soigner ? Dans le dictionnaire des concepts en soins infirmiers², l'aide-soignant est défini comme : « *l'aide-soignant exerce son activité sous la responsabilité de l'infirmier, dans le cadre du rôle propre dévolu à celui-ci. Dans ce cadre, l'aide-soignant réalise des soins liés aux fonctions d'entretien ou de continuité de la vie visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution de l'autonomie de la personne ou d'un groupe de personne. Son rôle s'inscrit dans une approche globale de la personne soignée et prend en compte la diminution relationnelle des soins. L'aide-soignant accompagne cette personne dans les activités de sa vie quotidienne, il contribue à son bien-être et à lui faire recouvrir³, dans la mesure du possible, son autonomie. Travaillant le plus souvent dans une équipe pluriprofessionnelle, en milieu hospitalier ou extrahospitalier, l'aide-soignant collabore, dans la mesure de ses compétences et dans le cadre de sa formation aux soins infirmiers préventifs, curatifs ou palliatifs. Ces soins ont pour objet de promouvoir, protéger, maintenir et restaurer la santé de la personne, dans le respect de ses droits et de sa dignité.* » Alors que le soignant est défini comme : « *une personne qualifiée qui effectue des interventions de prévention, de traitement ou de réadaptation auprès d'une personne soignée, d'une population dans le champ éducatif et des moyens qui leur sont octroyés. La relation que le professionnel de soin a vis-à-vis de son patient est : le soignant, personne qualifiée afin de venir en aide à la personne qui en a besoin (le soigné/patient).* »

Pour exercer en Belgique, nous devons respecter les arrêtés royaux publié le 03//02/2006. Celui pour « l'enregistrement », il cite que l'aide-soignant diplômé doit faire une demande d'enregistrement auprès du service public fédéral. Une fois cette demande acceptée, nous devons déposer une demande de visa à la commission médicale de la province dans laquelle

¹ <https://www.cnrtl.fr/definition/soignant> (consulter le 06/02/2021)

² PAILLART Christine. Dictionnaire des concepts en soins infirmiers. 2ème édition. Noisy le grand : SETES, 2015. ISBN : 979-10-91515-28-3 522p.

³ Rentrer en possession de.

nous souhaitons pratiquer le métier d'aide-soignante. L'autre arrêté royal traite « la reconnaissance et légalise le statut » de l'aide-soignante et les actes délégués de l'infirmier/ière. A partir de ce jour, l'aide-soignant sera reconnu comme tel. Dans cet arrêté, il est stipulé que pour les actes délégués de l'infirmier, l'aide-soignant bénéficie d'au moins 8 heures de formation par an en plus de sa formation de base.

Un nouvel arrêté fut publié le 18/03/2019 pour agrandir la liste d'actes délégués à l'aide-soignant par l'infirmière/ière. Pour avoir accès à ses nouveaux actes, nous devons faire une formation complémentaire de 162 heures.

2. Le soin

Le soin est un acte qui a pour but d'entretenir, de préserver, quelqu'un ou quelque chose. Il prend en charge la personne dans son entièreté. Il peut être thérapeutique ou d'hygiène. L'aide-soignant procure de nombreux soins quotidiens, qui favorisent le bien-être physique et morale du patient. Nous les répartissons en fonction des priorités et selon le nombre de patient pris en charge. Beaucoup de facteurs sont à prendre en compte pour organiser ses soins « au mieux ». Il est important d'être pleinement et consciemment dans nos tâches et avec le patient, car nos habitudes et le quotidien peuvent entraîner des automatismes, un manque de vigilance et parfois amener à des erreurs. Les habitudes peuvent être positives dans certains cas. La toilette se déroule de façon protocolaire et basé sur la théorie « du moins sale au plus sale ».

Nous devons éviter les habitudes pour ne pas banaliser le soin. Exemple, Nous ne faisons pas une « petite » piqûre d'héparine à bas poids moléculaire mais nous faisons une piqûre. Nous n'avons pas la possibilité de définir la douleur à la place de la personne, nous reviendrons sur le concept de la douleur et son accompagnement en pratique. Le ressenti du soin et propre à chacun, il peut être perçu de façon confortable ou contraignant et désagréable. Il est important de savoir que nous ne soignons pas une maladie ou une pathologie, nous soignons une personne atteinte de cette maladie ou de cette pathologie. Un soin a pour notion de permettre à la personne d'aller mieux ou de se sentir mieux. Un soin peut parfois être refusé par le patient, il nous faut respecter sa volonté. Le travail de l'aide-soignant ne se limite pas à une pratique des techniques avec des connaissances théoriques. Le rôle de l'aide-soignant est de prendre soin des personnes en situations de vulnérabilité, en lui proposant une relation de qualité, des soins adaptés à chacun tout en gardant une distance professionnelle. Nous devons impérativement garantir un travail de qualité tout au long de notre carrière. Nous avons

l'obligation de continuer à nous former. La remise en question est primordiale, sur le soin apporté pour éviter une certaine routine et pour se concentrer sur l'accompagnement du patient et ses attentes. Le soin ne se limite pas au soin proprement dit il doit s'adapter à chaque patient en fonction de l'état physique et psychologique de ce dernier.

3. Le soigné et sa santé

Un soigné est une personne qui a besoin d'aide. L'aide peut être physique ou morale. Selon l'OMS la définition de la santé du soigné : « *elle est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». Le soigné peut être de classe sociale différente, il n'y a pas de tranche d'âge, pas de sexe pas de culture définie pour pouvoir être soigné. Selon le Centre National des Ressources Textuelle et Lexicales⁴. Le soigné, celui à qui profite le soin est : « *une personne que l'on soigne moralement et physiquement à qui l'on apporte des soins.* » ou d'un point de vue plus professionnel, avec le dictionnaire des concepts en soins infirmiers⁵ : « *personne en situation de besoin d'aide pour une durée plus ou moins déterminée. Elle ne parvient plus à exercer momentanément son autonomie, mentale ou physique, et peut ne plus être en mesure de décider pour elle-même. Envahie d'émotions, de facteurs stressants, la personne soignée perçoit des difficultés plus ou moins surmontables.* »

La relation soignant-soigné met en lien une personne qualifiée afin de venir en aide à une personne qui a besoin d'aide le soigné. Cette relation d'aide à part entière se fait en gardant à l'esprit que le soigné est une personne avec des émotions, des sentiments et un ressenti qui lui sont propres. Le soin d'une personne soignée doit être personnalisé. Un moment de soin entre une personne soignée et un soignant est un échange, un partage, un moment de relation et de soutien. Le soignant adapte son soin au mieux en fonction des besoins du soigné.

4. Les différents lieux de vie du soigné

4.1. Le domicile

La personne soignée doit avoir l'opportunité de rester chez elle le plus longtemps possible, dans un lieu de vie familial, là où se trouve ses points de repères et où elle se sent bien. La perte d'autonomie touche souvent les activités physiques comme faire le ménage, la lessive,

⁴ <https://www.cnrtl.fr/definition/soign%C3%A9//1>

⁵ PAILLART Christine. Dictionnaire des concepts en soins infirmiers. 2ème édition. Noisy le grand : SETES, 2015. ISBN : 979-10-91515-28-3 522p.

tondre la pelouse, faire les courses et autres activités de la vie quotidienne. Souvent la famille, les voisins et les amis sont les premières personnes à être sollicitées. Nous disons qu'ils sont les acteurs de première ligne. Mais tout le monde n'a pas la chance d'être entouré au domicile. Les soins peuvent devenir trop lourds pour les proches. C'est pour cela qu'il existe des services tiers.

Exemples :

-Les professionnels de l'aide : ce sont des professionnels qui interviennent auprès des familles, des personnes handicapées, des malades et des personnes âgées. Leur rôle consiste en une aide à la vie quotidienne comme faire les courses, le ménage des pièces de vie, l'accompagnement des enfants..., le soutien, le dialogue, etc...

-Les mutuelles : elles ont pour but de promouvoir le bien-être physique, psychique et social. Elles sont actives dans trois domaines : l'assurance maladie obligatoire, l'assurance complémentaire et les services. Ils proposent des services d'aide à domicile comme, l'aide familial, l'aide-soignante, l'infirmier mais aussi la location de matériel médical etc... Le service est là pour accompagner la personne vulnérable dans une période de sa vie.

4.2.L'hôpital

La plupart des personnes a déjà séjourné à l'hôpital que ce soit au moment de leur naissance ou au cours de leur vie. L'hôpital est aussi un lieu de soins qui propose des séjours plus ou moins longs en fonction de la pathologie. L'hôpital, accueille et accompagne en soins, pour un court instant, un court séjour, un long séjour ou une fin de vie. C'est un lieu de soins où des personnes blessées, malades ou en perte d'autonomie sont prises en charge de manière continue avec une équipe de soignants sur place, nous l'appelons équipe hospitalière. Dans ce lieu, nous avons la chance d'avoir un accueil et une prise en charge 24h/24 et 7jours /7. Nous y retrouvons tout le matériel nécessaire pour des soins optimaux.

4.3.La maison spécialisée⁶

Les maisons spécialisées sont des maisons d'accueils médico-sociaux pour personnes handicapées à partir de 18ans. Elles ont pour but de les accueillir et de les accompagner dans la vie de tous les jours. Ces lieux garantissent un hébergement, des soins médicaux et paramédicaux, des aides à la vie courante en fonction de l'état de dépendance de chacun. La

⁶ <https://www.vivalavie.be/> (consulté le 06/02/2021)

<https://www.cairn.info/la-vie-en-mas-quel-accompagnement--9782749251943-page-15.htm> (consulté le 06/02/2021)

population qui se trouve dans ces établissements est atteinte d'un handicap intellectuel, moteur ou somatique⁷ grave, ou gravement polyhandicapée. Ces personnes demandent une surveillance permanente ; et l'aide d'un tiers pour des actes de la vie courante.

4.4. Les maisons de repos ou les maisons de repos et de soins⁸

La maison de repos et/ou maison de repos avec soin sont des lieux de vie consécutifs au domicile. Les établissements sont destinés à loger des personnes âgées de plus de 60 ans. Elles offrent des prestations de confort. Une surveillance jour et nuit grâce au personnel soignant disponible sur place. Tous les établissements pour personnes âgées doivent avoir obtenu un titre de fonctionnement auprès du Service Public de Wallonie pour pouvoir accueillir de la patientèle. Dans ces logements les soins, les activités, les repas, sont organisés afin de maintenir et favoriser l'autonomie de la personne en fonction de leurs capacités. Les résidents sont accueillis et accompagnés dans leur globalité sans jugement, l'histoire de vie, la religion et les croyances sont respectées. Nous retrouverons cette échelle en annexe. La différence entre ces deux établissements est l'autonomie du patient. Dans une maison de repos, nous retrouvons une patientèle autonome ou semi-autonome. Alors que dans une maison de repos et de soins nous retrouvons une patientèle fort dépendante où le soin aigu ne suffit plus, des personnes grabataires, démentes et/ou en soins palliatifs.

Dans chaque établissement sauf au domicile. Nous évaluons l'état de la personne soignée avant son entrée pour l'orienter au mieux, nous pouvons utiliser des échelles comme celle de KATZ cela nous permet d'évaluer leur autonomie, leur orientation spatio-temporelle. (cf Annexe n°1)

5. La négligence

Lors de nos stages, nous avons rencontré de la maltraitance et la plupart du temps celle-ci était due à de la négligence. Nous allons donc développer cette notion de négligence. La négligence est « *une attitude, l'état d'une personne dont l'esprit ne s'applique pas à ce qu'elle fait ou devrait faire. La négligence est aussi une faute non intentionnelle, due à un oubli, un manque de soin.*⁹ » Nous en concluons qu'elle peut être volontaire ou non mais la

⁷ Qui se rapporte au corp <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/somatique/73378> (consulté le 15/04/2021)

⁸ <http://sante.wallonie.be/?q=aines/dispositifs/maison-de-repos/> (consulté le 06/02/2021).

<http://sante.wallonie.be/?q=aines/dispositifs/maison-de-repos-et-de-soins/> (consulté le 06/02/2021).

⁹ <https://www.lerobert.com/google-dictionnaire-fr?param=n%C3%A9gligence> (consulter le 23/03/2021)

négligence affecte la qualité du travail. Elle peut altérer un soin et peut entraîner une mauvaise surveillance, une mauvaise technique etc... et avoir des répercussions néfastes quant à la santé physique et psychologique de la personne soignée. Elle amène à un manque de professionnalisme de par la définition de notre rôle propre, définit précédemment, et provoque de la maltraitance.

6. La maltraitance

La maltraitance n'est pas un état d'esprit, c'est un ou plusieurs actes volontaires ou non qui procurent du désagrément. Il peut être physique ou psychologique. La maltraitance est le fait d'aller à l'encontre des envies de l'autre. Le dictionnaire des concepts en soins infirmiers¹⁰ nous explique qu' « *une violence se caractérise par tout acte ou omission commis par une personne, s'il porte atteinte à sa vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière* ». alors que l'Office nationale de la santé¹¹ ajoute : « *par maltraitance on entend : un acte unique ou répété, ou l'absence d'intervention appropriée, dans le cadre d'une relation censée être une relation de confiance, qui entraîne des blessures ou une détresse morale pour la personne qui en est victime* » Il existe pas mal de citation qui parle de maltraitance comme selon Jean-Paul Sartre « *La violence est injuste d'où qu'elle vienne.* » ou d'après Richard Leclerc « *La violence, ce n'est pas toujours frappant, mais ça fait toujours mal* ». Ces citations sont très prenantes de par les termes employés, elles sont subjectives et démonstratives. Elles permettent de donner une image plus précise de ce que nous voulons démontrer sur la maltraitance et la douleur qu'elle engendre.

7. La bientraitance

La bientraitance n'est pas seulement l'absence de maltraitance. C'est un ensemble d'attitudes, un comportement positif, c'est le respect de l'autre. C'est une attention particulière à la sécurité et au sentiment de sécurité de la personne soignée. C'est la réponse à répondre à la demande et au besoin, ça encourage aussi l'autonomie des personnes vulnérables... Le

¹⁰ PAILLART Christine. Dictionnaire des concepts en soins infirmiers. 2^{ème} édition. Noisy le grand : SETES, 2015. ISBN : 979-10-91515-28-3 522p.

¹¹

https://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/fr/?fbclid=IwAR1Qtb9wHz0gC9XG0JM3zgsC90irVweNO2AGY33Xjy-v7NpyYXv729N-hzo (consulté le 08/05/2021)

dictionnaire des concepts en soins infirmiers¹² la définit comme : « *une attention amicale permettant de faciliter un soin, d'établir une communication et établissant l'estime de soi afin de garantir son autonomie.* » Le Larousse¹³ lui affirme que : « *la bientraitance est une démarche active définit comme ; une manière d'être, d'agir et de dire soucieuse de l'autre, réactive à ses besoins, respectueuse de ses choix et de ses refus* ». La bientraitance devrait être innée pour un soignant.

8. La bienveillance

La bienveillance signifie « vouloir le bien ». C'est l'intention qui est bienveillante comme nous voulons que nos patients se sentent bien, nous appliquons la bienveillance, nous veillons à une position confortable, à choisir des vêtements adaptés et confortables à porter, que la personne soignée passe une bonne nuit, que son alimentation soit adaptée... En théorie, La bienveillance définie par le CNRTL¹⁴ : « *elle est la qualité d'une volonté qui vise le bien et le bonheur d'autrui.* » le dictionnaire des concepts en soin infirmiers¹⁵ nous explique ; « *Disposition favorable de la volonté d'une personne envers une autre, ou un groupe. Cette attitude se manifeste par une écoute active et demande une tolérance, un réel intérêt de la personne et la capacité de non-jugement. Elle s'exprime par une communication verbale et non verbale pour instaurer un climat de confiance, faciliter le soin* »

Dans cette première partie, nous avons introduit le sujet en définissant le contexte. Pour cela, nous avons développé des éléments clés. En effet, nous avons défini le travail de l'aide-soignant, la notion de soin ainsi que la personne soignée en fonction de son milieu de vie. Le soin met en relation le soignant et le soigné, dans le but d'entretenir et de préserver la personne soignée afin d'amener au bien-être de la personne. D'autre part, nous avons défini les notions de bientraitance et de bienveillance ainsi que leur contraire, la négligence et la maltraitance afin de les distinguer mais de montrer leurs liens étroits. Nous allons dans une seconde partie approfondir davantage le sujet.

¹² PAILLART Christine. Dictionnaire des concepts en soins infirmiers. 2ème édition. Noisy le grand : SETES, 2015. ISBN : 979-10-91515-28-3 522p.

¹³ <https://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/bientraitance/185829?fbclid=IwAR2Vi-X9eIX3aZVJRxiqzcUhgQR7NbifLbozp3eqOydLAXxoHDvs7Wydcc> (consulté le 08/05/2021)

¹⁴ <https://www.cnrtl.fr/definition/bienveillance> (consulté le 07/02/2021)

¹⁵ PAILLART Christine. Dictionnaire des concepts en soins infirmiers. 2ème édition. Noisy le grand : SETES, 2015. ISBN : 979-10-91515-28-3 522p.

II. Partie conceptuelle

Dans la partie conceptuelle, nous allons approfondir la matière. La première chose est de définir les mots clefs pour mieux comprendre de quoi nous parlons. Deuxièmement, nous parlerons des différents types de violences. Pour terminer, nous mesurerons la gravité des maltraitances, et cela pour analyser quelles peuvent être les conséquences. Les maltraitances peuvent toucher tout le monde, du nourrisson jusqu'aux personnes âgées. Comme nous l'avons vu précédemment nous serons amenées à soigner tous types de personne d'âges et de milieux différents. Il nous faudra alors faire face à des comportements différents en adaptant notre approche en tant que soignant. Nous devons alors observer et connaître les différentes formes de violence pour déceler s'il y a maltraitance. Une fois que nous serons parvenues à identifier la forme de violence nous pourrions alors en prendre conscience et mettre en place un plan d'action.

En faisant des recherches sur la maltraitance, j'ai pu constater que nous parlons aussi souvent de violence et de négligence. Donc nous allons aussi développer ses termes. Pour nous aider à comprendre ce que vivent les personnes. Nous allons développer les différences entre les lieux de vie.

1. Différences entre hôpital, maison de repos et de soin avec le domicile

Après avoir observé et évalué la situation nous allons évoquer le lieu de vie. Il est important de comprendre où cela se passe et pourquoi. Quels sont les différents lieux de soin et de vie. Quelles sont les différences que nous pouvons trouver ? nous allons parler des trois lieux les plus fréquenter. Nous avons vu dans l'introduction en point 4 lieux de vie du soigné. Il faut savoir qu'il en existe d'autre comme les orphelinats, maisons spécialisées... Nous allons nous concentrer sur trois d'entre eux : le domicile, l'hôpital et la maison de repos et de soin. Pourquoi aborder le lieu de vie ? car en abordant ce sujet nous allons en apprendre un peu plus sur la maltraitance.

1.1.Domicile

Commençons par le domicile car c'est l'endroit où nous passons la majorité de notre vie. La personne soignée à domicile peut recevoir de l'aide de divers prestataires comme le médecin, l'infirmière, l'aide-soignant, l'aide ménager, l'aide familial, mais aussi un service de repas à domicile, un coiffeur, une pédicure... En plus des prestataires, l'entourage de la personne soignée peut également l'aider, la famille, les amis, les voisins... lorsque l'un d'entre eux se trouve au domicile de la personne soignée. Le prestataire peut souvent se retrouver seul avec

celle-ci. Personne ne contrôle si le prestataire a pris le temps « de tout faire » convenablement et dans l'ordre, c'est-à-dire prendre en charge la personne dans son entièreté et sa globalité si les tarifs demander sont correctes ou abusifs. Le prestataire se retrouve seul avec sa conscience professionnelle et la personne soignée. Elle peut être vulnérable et fragile. La limite entre la bienveillance et la maltraitance peut vite être dépassé par manque de temps, par profit, par négligence, par habitude ou juste par manque d'implication et de conscience professionnelle.

Lors de mon premier stage à domicile j'ai pu être témoin de maltraitance soignant-soigné. « Le soignant ne prenais pas le temps de laver la personne soignée dans son entièreté sous prétexte qu'il n'aime pas la personne »

Lors de mon second stage le professionnel mis en cause n'avait pas été renouvelé. Je trouve cela juste que les patients aient pu en faire part à une tirs personne et que le supérieur hiérarchique en soit informé. Des dispositions ont pu être prise après reconnaissance de maltraitance et ce soignant n'a plus pratiqué dans cette structure de soins. La maltraitance n'a pas sa place dans un accompagnement professionnel de soins. La maladie et les accidents touchent déjà énormément de personnes pour ne pas rajouter de souffrance volontaire.

1.2. L'hôpital

L'hôpital est un lieu de vie temporaire. Nous entrons souvent à l'hôpital contre notre volonté, due à une chute, une blessure, une maladie, un accident, une altération de l'état générale... l'entrée en hôpital est souvent soudaine. Lors d'une hospitalisation une équipe hospitalière pluridisciplinaire accompagne le patient tout au long de son séjour. En effet nous pouvons rencontrer des médecins, des infirmiers, des aides-soignants, des diététiciens, des techniciens de surfaces, des agents logistiques... Il est possible d'avoir recourt à des prestataires comme le coiffeur, la pédicure. L'hôpital est reparti en différents services, chaque service à sa spécificité : cardiologie, pneumologie, orthopédie, la médecine interne... En fonction de sa pathologie le patient sera dirigé vers le service adapté. Pour évoluer avec les professionnels les mieux qualifiés à la pathologie observé.

Bien qu'accueilli en structure hospitalière certains patients peuvent être victime de maltraitance. Lors de mes stages des signes de maltraitance ont pu être observé malgré des équipes de soin et un personnel qui varient. Nous pensons que le fait de travailler en équipe tout en étant superviser par un cadre de santé diminuerait le risque de maltraitance. J'ai pu

évoluer dans plusieurs services ce qui m'a permis de différencier le fonctionnement des différentes équipes avec et sans visite de la famille dû à la COVID 19. Certaines personnes sont plus vulnérables face à la maltraitance et le risque s'accroît quand personne ne vient leur rendre visite. A l'hôpital les toilettes et les soins se font de façon protocolaire (à 5h prise de paramètres, à 7h le petit déjeuner, à 7h30 début des toilettes, à 11h le dîner...) tout est prédéfini sans tenir compte du souhait du patient avec régulièrement un personnel insuffisant pour le nombre de patients hospitalisés.

1.3. La maison de repos et de soins

La maison de repos et de soins est constituée d'une équipe pluridisciplinaire qui est composée d'un médecin, d'infirmiers, d'aides-soignants, d'un psychologue, un ergothérapeute, un ou plusieurs kinésithérapeutes... et de prestataires extérieurs qui viennent régulièrement : le coiffeur, la pédicure...

Elle propose des activités extérieures, des activités manuelles, temps festif, sortie à la mer mais également des bricolages de Noël, des après-midi thé dansant... les soins se font généralement le matin. Le ratio de soignant est peut-être élevé pour le nombre de résidents. La charge de travail est dense et le rythme est soutenu. Le temps de soin est souvent court et le professionnel ne peut s'attarder sur le souhait du patient dû au manque de temps, de moyen, la fatigue du personnel ou autre raison. La toilette est l'un des soins quotidiens qui peut être négligé. Un soin quel qu'il en soit est important et devrait être fait avec minutie. Un soin est un moment de partage avec le patient, c'est un moment d'échange, où nous pouvons apprendre à mieux le connaître et comprendre ses attentes. S'engager à devenir soignant est un choix personnel. La prise de conscience nous aidera à être vigilant et à avoir une certaine sensibilité à la bientraitance pour une prise en charge optimale du patient.

Il y a parfois peu de limites entre la bienveillance et la maltraitance. Une prise de conscience est nécessaire pour se rendre compte du « bien ou du mal » des gestes, les paroles et les réactions faites à ne pas reproduire ou justement à faire pour que la personne se sente mieux. Il faut pouvoir prendre en compte les sentiments et le ressenti de la personne soignée, être vigilant et sensible à la bientraitance. Travailler seul peut décourager, être fatiguant. Il est important de se remettre en question de ne pas entrer dans une routine. Si une situation nous interpelle nous devons analyser la situation seul ou en équipe pour pouvoir améliorer notre qualité de travail.

Certains facteurs favorisent la maltraitance ; le fait d'avoir une personne vulnérable et faible devant soi, ou manquer de personnel. Le fait de ne pas remplacer les arrêts maladie, imposer au personnel soignant une importante charge de travail, un manque de moyen pour un travail optimal (manque de matériel, locaux non adapté...), le travail répétitif et lancinant, le personnel soignant perd la motivation et se lasse de toujours faire la même chose au même moment avec les mêmes personnes il n'a plus de motivation au travail, cela peut être aussi une mauvaise ambiance au travail (mésentente avec les collègues, avec un patient...) ... Tous ses éléments peuvent décourager les meilleurs professionnels. Nous pouvons dire qu'ils entraînent un « une usure » ou plus professionnellement dit un épuisement professionnel. Qui peut même mener au Burn-out. Le soignant doit prendre soin de lui pour pouvoir prendre soin des autres. La fatigue et le stress sont source d'irritabilité et peuvent conduire à la maltraitance, un contexte de travail modeste peut entraîner des professionnelles à oublier leur valeur qui est de prendre soin. Vigilance et travail d'équipe sont nécessaires. De la maltraitance à la bienveillance, il n'y a qu'un pas, où que l'on soit nous pouvons être victimes ou témoins de ces attitudes.

2. L'équipe

Une équipe est constituée au minimum de deux personnes qui travaillent ou évoluent dans un même but. L'équipe peut être pluridisciplinaire, soignante ou hospitalière, c'est l'ensemble des soignants qui prend soin de nous. Pluridisciplinaire d'un point de vue professionnel « *qu'elle concerne plusieurs, champs de recherche ou lieux comportant plusieurs services exerçant une discipline distincte comme l'hôpital, université... une équipe soignante est pluridisciplinaire si elle concerne le médecin, l'infirmier, l'orthophoniste, le psychologue, le diététicien, le kinésithérapeute...* » selon le dictionnaire des concepts en soins infirmier¹⁶. Que ce soit en hôpital, en maison de repos ou à domicile l'équipe peut changer de nom mais le fonctionnement reste le même.

3. L'observation

L'observation est accessible à tous. Elle est la clef de notre métier, la base de celui-ci. L'observation est une action. L'action de regarder, d'écouter, de toucher, de sentir afin de mieux comprendre de mieux connaître ce que nous observons. D'un point de vue plus

¹⁶ PAILLART Christine. Dictionnaire des concepts en soins infirmiers. 2ème édition. Noisy le grand : SETES, 2015. ISBN : 979-10-91515-28-3 522p.

professionnel avec le dictionnaire des concepts en soins infirmiers¹⁷ ; « pour le soin infirmier, cela regroupe tous les faits observés, identifier qui se rapportent à la personne soignée et à sa maladie. L'observation peut nécessiter l'utilisation d'appareils de mesure (stéthoscope, sphygmomanomètre¹⁸ ...). Elle mobilise également les sens : la vue, le toucher, l'odorat et l'ouïe. L'observation infirmière est un acte réfléchi dont la nature analytique permet d'identifier les besoins du patient. Elle s'appuie sur la connaissance scientifique (physionomie humaine¹⁹ ...) et sur la connaissance usuelle²⁰ des variations qui résultent de la maladie ou des blessures. Une fiche retrace l'ensemble des informations relatives aux soins donnés durant l'hospitalisation du patient. Les symptômes alors identifier seront classés. Le partage de ses informations facilitera le programme de soins.

La vue : permet de déceler l'aspect épidermique du patient (couleur, irritation...), repérer d'éventuelles grosseurs.

Le toucher : l'examen du corps, comme la région de l'abdomen, du coup, permet de déceler d'éventuelles déformations. Le toucher facilite la communication avec la personne soignée qui peut ressentir un rejet de l'infirmière ; ou non.

L'odorat : dans certaines situations, l'odeur peut être le signe d'une mauvaise hygiène. Les odeurs corporelles peuvent être liées aux pathologies.

Sens de l'ouïe : l'utilisation du stéthoscope, permet d'écouter les bruits du cœur... ».
L'observation est un outil pour repérer les signes d'un traitement non adapté au soigné et débiter une meilleure prise en charge.

4. Définitions

4.1. La négligence

La négligence d'un point de vue du centre national de ressources textuelles et lexicales²¹ est « l'attitude de celui qui fait les choses avec moins de soin, d'attention ou d'intérêt qu'il n'est nécessaire ou qu'il n'est souhaitable. » nous retenons que ; la négligence peut être une attitude comme un acte. La négligence est un manque d'attention ou d'intérêt volontaire ou

¹⁷ PAILLART Christine. Dictionnaire des concepts en soins infirmiers. 2ème édition. Noisy le grand : SETES, 2015. ISBN : 979-10-91515-28-3 522p.

¹⁸ Où appeler aussi tensiomètre.

¹⁹ Exemple : L'ensemble des traits du visage, son aspect, son expression. Manière dont quelque chose se présente, son apparence selon un point de vue

²⁰ Qui se rencontre fréquemment

²¹ <http://www.cnrtl.fr/definition/negligen> (consulté le 06/04/2021)

non envers la personne à qui nous portons attention, à qui nous portons le soin. Ce qui nous amène à dire que la négligence peut entraîner de la maltraitance.

4.2. La Maltraitance

« La maltraitance désigne les violences et la négligence²² envers toute personne. Elle s'entend de toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour sa santé, sa survie, son développement ou sa dignité, dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir. »²³ Dans la maltraitance, il n'y a pas forcément de violence. La violence est une maltraitance.

4.3. La Violence

« La violence est l'utilisation intentionnelle de la force physique, de menaces à l'encontre des autres ou de soi-même, contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès. »²⁴

Nous pouvons conclure suite à ses définitions que les maltraitements, les violences et les négligences sont liées. Les violences sont plus souvent volontaires alors que les maltraitements semblent être involontaires. La négligence est une forme de maltraitance, c'est un manque d'attention sur ce que nous faisons. La maltraitance peut être engendrer par des coups, des gestes, des paroles ou des négligences.

5. Différents types de maltraitance et violence

Nous allons voir les différentes sortes de maltraitance et de violence qui existent et les développer d'un point de vue théorique.

²² Une négligence faute non intentionnelle, due à un oubli, au manque de soin. <https://www.lerobert.com/google-dictionnaire-fr?param=n%C3%A9gligence> (consulté le 12/02/2021)

²³ https://www.who.int/topics/child_abuse/fr/ (consulté le 05/02/2021)

²⁴ <https://www.who.int/topics/violence/fr/#:~:text=La%20violence%20est%20l'utilisation,de%20d%C3%A9veloppement%20ou%20un%20d%C3%A9c%C3%A8s.> (Consulter le 12/02/2021)

5.1. La maltraitance par négligence

La négligence est un manque d'attention, de vigilance à l'égard du patient, un manque de soin, dans une ou plusieurs des tâches qui doivent être effectuées auprès du patient. Oublier de faire un des actes car l'aide-soignant est pris par le temps, une charge de travail importante, un collègue absent... Le manque de temps peut amener l'aide-soignant à se dépêcher et à privilégier les tâches dites essentielles comme la toilette et négliger les autres tâches, brossage des dents, lavage des cheveux....

La maltraitance par négligence est aussi le fait de priver la personne des aides indispensables à la vie quotidienne : le lever et/ou le coucher, l'aide à la marche, l'aide pour aller aux toilettes. Exemple : refuser de lui mettre la panne sous prétexte qu'elle a une protection. C'est aussi, la privation des visites, le non-respect de la vie privée comme ne pas fermer la tenture lors de la toilette...

5.2. La maltraitance sexuelle

Par maltraitance sexuelle, on entend tout acte sexuel : tentative d'acte sexuel ou tout autre acte exercé par un agresseur contre la volonté d'une victime en faisant usage ou non de la force, peu importe la relation de la victime avec son agresseur et dans n'importe quel contexte. Exemple : l'agresseur mettant volontairement la main sur les fesses de la victime sans son accord est un acte de maltraitance sexuelle ou autre geste déplacé. Ils n'ont pas leur place au sein d'un accompagnement professionnel.

5.3. La maltraitance médicamenteuse

La maltraitance médicamenteuse est un excès ou une privation de médicaments. Les médicaments sont nécessaires pour garantir une santé optimale la vie de tous les jours. Exemples : donner un surplus de neuroleptiques²⁵ pour obtenir un état léthargique et une sensation « de paix » ou, au contraire privation des médicaments prescrits.

5.4. La maltraitance économique

La maltraitance économique vise soit à détourner des fonds d'une personne, à prendre possession de ses comptes en banque, à s'accaparer des biens d'une personne. La vulnérabilité d'une personne soignée peut parfois entraîner des manipulations financières comme des

²⁵ Qui exerce une action calmante globale sur le système nerveux. <https://www.cnrtl.fr/definition/neuroleptique> (consulté le 07/04/2021)

demande d'aide sous la falsification de certains documents afin de prélever ou d'obtenir de l'argent de sa part sans couvrir de sa bonne grâce.

5.5.L'auto-maltraitance

L'auto maltraitance consiste à s'auto-infliger de la violence volontairement ou non souvent due à un mal être intérieur souvent de cause psychologique. La boulimie²⁶, l'anorexie²⁷, l'automutilation²⁸ sont des formes d'auto-maltraitance.

5.6.La violence physique

La violence physique est un acte direct tel que lancer un objet en direction d'une personne, la frapper, la saisir, la tirer, la pincer, l'étouffer ou la brûler ce qui porte atteinte à l'intégrité physique, à la vie ou à la liberté d'un individu. Elle peut se produire une seule fois ou de façon répétitive. La violence bien que physique laisse des séquelles psychologiques pour la victime.

5.7.La violence psychologique

La violence psychologique appelée aussi appelée violence morale, violence mentale ou violence émotionnelle, est une forme de violence ou d'abus envers autrui. Ce type de violence amène à une dévalorisation de soi et à une plus grande vulnérabilité sans qu'il y ait violence physique. Un rejet de la personne, un isolement social, des injures, des insultes²⁹ sont des actes de violences morales qui peuvent avoir de grosses répercussions sur le plan psychologique de la personne (dépression, anxiété...).

²⁶ La boulimie, un trouble des conduites alimentaires, est caractérisée par un rapport pathologique à la nourriture, se manifestant par des ingestions excessives d'aliments, de façon répétitive et durable. Ces ingestions, appelées crises de boulimie, peuvent durer entre quelques minutes et plusieurs heures (<https://fr.wikipedia.org/wiki/Boulimie> (consulté le 12/02/2021))

²⁷ Anorexie mentale trouble du comportement alimentaire se manifestant par une perte de poids intentionnelle. (<https://www.lerobert.com/google-dictionnaire-fr?param=anorexie> (consulté le 12/02/2021))

²⁸ L'automutilation se caractérise par des blessures et dommages physiques directs, avec ou sans intention suicidaire. Ce terme est utilisé dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. (<https://fr.wikipedia.org/wiki/Automutilation#:~:text=L'automutilation%20se%20caract%C3%A9rise%20par,DSM%2D%20IV%20%2DTR> (consultée le 12/02/2021))

²⁹ Une injure est une parole offensante adressée délibérément à une personne dans le but de la blesser moralement, en cherchant à l'atteindre dans son estime de soi, son honneur ou sa dignité. Une insulte, quasi synonyme d'injure, est cependant considérée comme une injure moins grave. (https://fr.wikipedia.org/wiki/Injure_et_outrage_en_droit_fran%C3%A7ais (consulté le 04/05/2021))

5.8. La violence conjugale

La maltraitance conjugale se passe au sein d'un couple. Elle est exercée par un des conjoints sur l'autre. Elle peut être physique, verbale, sexuelle, économique. Elle se passe souvent dans une sphère privée et familiale mais peut aussi se passer dans des lieux publics (magasin, restaurant...) la violence conjugale peut entraîner un sentiment de peur et de dépendance chez la victime, le sentiment de honte ou de volonté de protéger son partenaire pour ses actes. Ces maltraitements touchent toutes les catégories sociales. De ce fait elle est difficile à déceler.

5.9. La violence civique³⁰

La violence civique est une violence non négligeable dans la liste des types de violence. Cela équivaut à prendre une décision à la place de l'autre sans l'avoir consulté avant. Elle est plus fréquente qu'on ne le pense. Cela peut être un détournement d'une procuration de vote, de la gestion des biens, de la privation des papiers d'identité, de l'atteinte à la liberté du choix thérapeutique, de ne pas respecter les droits de la personne soignée, un placement forcé en institution, un contrôle des relations de la personne.

5.10. La violence spirituelle

La violence spirituelle consiste à limiter ou à priver la personne de ses pratiques, traditions, coutumes ou rites spirituels. Exemple : Privé la personne d'aller à certains rites³¹ ou d'éteindre la télévision lors d'événements religieux. Se moquer, donner son opinion sur une croyance à répétition ou imposer des rituels d'une autre religion. Exemple : la prière chrétienne avant le repas, le ramadan...

6. Le ressenti

Le ressenti est la vérité propre à chaque personne. On ne peut démentir le ressenti d'une personne, il lui appartient. Le ressenti d'un point de vue théorique définie par le CNRTL³² ; « *le ressenti, c'est éprouver une sensation physique, en tant que telle, agréable ou désagréable. Ressentir du bien-être ; ressentir un coup, (de) la douleur, la fatigue, le froid, un*

³⁰ Cette catégorie concerne la violation des droits élémentaires du citoyen et les abus d'autorité ou de pouvoir.

³¹ Le rite est un cérémonial. (<https://fr.wikipedia.org/wiki/Rite> (consulté le 14/02/2021))

³² <https://www.cnrtl.fr/definition/ressenti#:~:text=%E2%88%92%20%C3%89prouver%20une%20sensation%20physique%2C%20en,%2C%20le%20froid%2C%20un%20malaise.> (Consulté le 11/02/2021)

malaise ». Nous pensons que le ressenti est la façon dont on perçoit les choses, la façon que nous avons à réagir face à certaines paroles, à certains gestes, à certains comportements. Le ressenti est propre à chacun. Le ressenti est comme la douleur. On ne peut pas le définir. Nous avons beau être assis sous un arbre à une certaine place sous 30°, si mon voisin s'assoie à cette même place au même moment que moi, il ressentira différemment la chaleur. Son corps réagira différemment car chaque être vivant quel qu'il soit a des émotions et les vit de façon différente. Chaque humain est unique, il a son propre parcours de vie, a son propre cadre de référence. Chaque personne même en ayant vécu le même parcours de vie, la même éducation, les mêmes repères auront un ressenti différent car celui-ci est propre à chacun. Nous pouvons ressentir la même douleur à un moment différent et la tolérer différemment car nous n'étions pas disposés à avoir mal à ce moment-là. Nous sommes faits chacun différemment, nos pensées sont différentes. Notre façon de voir les choses, notre tolérance à la douleur, à la souffrance, nos envies, notre but de vie est différent. Une chose peut être maltraitante pour une personne. La même chose ne l'est pas forcément pour son voisin. Nous avons tous un seuil de tolérance différente et des attentes de la vie différentes. La frontière entre la maltraitance et la bienveillance est délicate parfois. Nous savons maintenant que le ressenti est propre à chacun. Parlons un peu de douleur et voyons s'il en est de même pour elle.

7. Le bien-être et le mal-être

Le bien-être est défini comme « *un ressenti personnel lié aux événements extérieurs, à la stabilité de la personnalité, et dépendant de la cohésion sociale.* » Par le dictionnaire des concepts en soins infirmiers³³. Le bien-être peut être physique ou psychique, il est transitoire et procuré par la satisfaction de nos besoins et par la tranquillité de notre esprit. Le bien-être fait partie de la santé. Il est une notion subjective, il est difficilement évaluable et mesurable, en effet, dans une situation donnée une personne pourra se dire heureuse tandis qu'une autre, non. Le mal-être quant à lui est l'opposition du bien-être, il peut faire l'objet de stress, de souffrance, un état d'esprit pénible... Nous aborderons ces points justes après, il peut se manifester tant sur le plan physique, par exemple, trouble du sommeil, fatigue, perte d'appétit, qu'au niveau psychologique comme de l'angoisse, perte d'estime de soi, peur, agressivité,

³³ PAILLART Christine. Dictionnaire des concepts en soins infirmiers. 2ème édition. Noisy le grand : SETES, 2015. ISBN : 979-10-91515-28-3 522p.

colère... Mais aussi au niveau de comportement, replis sur soi, automutilation, conflits dans les relations sociales...

Le mal-être peut être passager et de courte durée mais il peut être également le symptôme d'un problème plus grave comme une dépression, un trouble psychologique, d'une pathologie...

A long terme le mal-être peut amener à des troubles psychiatriques ; anorexie, boulimie... jusqu'au suicide.

8. Douleur et souffrance

8.1. Rôle de la douleur

Nous avons évoqué les différents types de maltraitance et de violence ce qui nous amène à réfléchir sur la « douleur et ce qu'elle entraîne » chez la personne soignée. Nous voulons lutter contre la maltraitance pour éviter la souffrance ou la douleur. La maltraitance est bien plus qu'un simple coup ou une simple parole pour celui qui subit. Elle est profonde elle est douloureuse ! La personne peut se sentir rabaissée, humiliée, cela peut aussi conduire à un sentiment d'insécurité, de mal être, de soumission. La personne qui la subit peut se sentir impuissante. Ce sentiment pouvant être accentué par la durée du supplice jusqu'à mise en place d'action visant la protection de la victime. La personne est en réelle souffrance. Nous allons parler du rôle de la douleur dans ce dossier mais aussi dans la vie de tous les jours.

Pourquoi avons-nous abordé le sujet de la douleur ? En tant que future aide-soignante, la douleur a toute sa place dans ce dossier. Une victime de maltraitance a probablement ressenti à un moment de la douleur/ de la souffrance. Une maltraitance entraîne une douleur physique ou morale. Il est intéressant de se questionner sur « l'utilité » de la douleur. Elle peut être une conséquence de la maltraitance Elle sert à définir un mal être, un inconfort, une blessure. La douleur est un moyen de protection à notre corps. Elle est là pour éviter de nous auto-détruire. Elle est là pour défendre l'organisme. Elle sert à montrer une lésion qu'elle soit interne ou externe. La douleur sert d'alarme au cerveau, c'est un signal qui nous permet de détecter un problème. Elle aide le cerveau à ne pas franchir ses propres limites, l'action visée est de protéger le corps. Elle sert à éviter de léser davantage le corps afin de favoriser sa guérison le plus rapidement possible. Cela n'est pas confortable de souffrir/d'avoir mal. Elle n'est pas indicatrice de l'importance des lésions, la douleur est subjective et propre à chacun. Personne ne la ressent de la même façon, la lésion peut être identique mais la douleur sera différente.

Chaque être humain est unique et à son ressenti. Il est cependant possible d'avoir une blessure, une contusion non douloureuse, comme lors d'une fracture, et ressentir la douleur lors de l'annonce du diagnostic. La douleur peut être plus ou moins facile à supporter en fonction de l'instant de notre vie. Si nous vivons un moment de bonheur, elle sera moins forte que si nous sommes stressés ou anxieux, dans ce cas, elle sera alors plus difficile à supporter.³⁴ La douleur est utile quand elle avertit d'une menace pour l'organisme et qu'elle disparaît quand la menace n'est plus d'actualité. Mais là elle peut aussi être appelée psychalgie³⁵ ce qui définit une souffrance psychologique. Elle peut être liée aux émotions. Une personne stressée peut avoir des maux de ventre ou de tête. Une autre personne qui subit une trop grosse charge de travail, de responsabilités ou de problèmes personnels peut développer un mal de dos. Pouvons-nous dire que la douleur est utile ? Oui, car elle nous ménage et nous met en alerte, elle nous aide à guérir et à ne pas forcer sur une blessure. Nous allons donc développer dans un premier temps la douleur et cela nous servira de parcelle pour atteindre la définition de la souffrance.

8.2. Définitions de la douleur

La douleur d'un point de vue du CRTL³⁶ : « *Est une souffrance plus ou moins vive, produite par une blessure, une brûlure, une lésion ou toute autre cause, qui manifeste une rupture du bien-être, de l'équilibre de la santé la perte ou la diminution de l'intégrité physique* ». D'un point de vue plus professionnel, le dictionnaire des concepts en soins infirmiers ajoute que³⁷ : « *les idées de douleurs et de souffrances englobent le phénomène neurophysiologique³⁸ ainsi que l'ensemble des peines morales. La douleur physique n'est pas éprouvée de la même manière par les êtres humains selon l'époque et le lieu où ils vivent, mais partout, on a tenté de trouver une raison à une sensation de prime abord inexplicable. La pensée médicale grecque (exprimé par Hippocrate³⁹) a construit une autre conception de la douleur, en*

³⁴ <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Qualite-de-vie/Douleur/La-douleur-c-est-quoi?fbclid=IwAR115k-7vA1wTQ3tzW2rT-FCcIIWq6gcdmPQS0nLANPOoPSogxFrIXHNrMU> (consulté le 19/02/2021)

³⁵ « *La psychalgie peut désigner : Douleur psychogène, douleur d'origine psychologique ou physique. Souffrance psychologique, toute forme de souffrance qui n'est pas lié au physique.* »

³⁶ <https://www.cnrtl.fr/definition/douleur> (consulté le 15/02/2021)

³⁷ PAILLART Christine. Dictionnaire des concepts en soins infirmiers. 2ème édition. Noisy le grand : SETES, 2015. ISBN : 979-10-91515-28-3 522p.

³⁸ Qui étudie le fonctionnement des éléments nerveux et de leurs ensembles.

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/neurophysiologie/54406> (consulté le 15/03/2021)

³⁹ Hippocrate de cos est un médecin grec du siècle de Périclès, mais aussi un philosophe, considéré traditionnellement comme le « père de la médecine ». <https://fr.wikipedia.org/wiki/Hippocrate> (consulté le 07/04/2021)

l'attribuant à un dérèglement de l'harmonie du corps ; elle relève des émotions et on peut lui trouver des remèdes. Ce n'est qu'à partir de la renaissance que la douleur est analysée comme une sensation reliée au système nerveux et non plus seulement au cœur, sièges des sentiments, la douleur est au cœur de l'exercice infirmier, relevant même de ses devoirs, de son code de déontologie. Son traitement (en fonction de son type, de sa nature, de son mécanisme d'action) incombe⁴⁰ au personnel soignant qui évalue cet "appel à l'aide" et le conçoit comme une expérience. »

Nous pouvons en déduire que la douleur est une expérience sensorielle⁴¹ et émotionnelle, subjective⁴² et désagréable, que tous les êtres vivants avec un système nerveux central⁴³ peuvent éprouver, que ce soit des animaux ou des humains. C'est un ressenti associé à une lésion tissulaire⁴⁴ ou qui peut être psychosomatique⁴⁵. La science qui étudie la douleur est l'algologie⁴⁶.

La douleur est donc subjective. Lorsque nous posons la question concernant la douleur aux patients, nous leur demandons de nous donner leur ressenti sur une échelle de 0 à 5 (par exemple) les patients répondent en fonction de leurs propres références. Nous ne pouvons pas nous mettre à leurs places.

Cette évaluation subjective rend sa prise en charge compliquée. La douleur est produite par un ensemble de mécanismes neurophysiologiques⁴⁷. Elle peut être d'origine psychique⁴⁸ ou d'origine biologique⁴⁹/physique⁵⁰. L'expérience douloureuse joue un rôle aussi important. C'est la mémoire du patient qui entre en jeu, s'il se rappelle avoir eu mal pour une prise de sang par exemple, il pourra avoir mal avant même que l'aiguille ne le touche.

Dans notre prise en charge d'une personne lucide, la douleur peut être évaluée par le biais de différentes échelles. Quelques exemples : EN (échelle numérique), EVA (échelle visuelle

⁴⁰ Être imposé, appartenir

[https://www.cnrtl.fr/definition/incomber#:~:text=%E2%88%92%20Incomber%20%C3%A0%20qqn%20\(pers.,t%C3%A2che%20incombant%20%C3%A0%20une%20personne](https://www.cnrtl.fr/definition/incomber#:~:text=%E2%88%92%20Incomber%20%C3%A0%20qqn%20(pers.,t%C3%A2che%20incombant%20%C3%A0%20une%20personne). (Consulté le 15/03/2021)

⁴¹ Qui concerne les sensations, les organes des sens

⁴² Qui concerne le sujet en tant que personne consciente

⁴³ Le système nerveux central, constitué par l'encéphale comprenant le cerveau, le tronc cérébral, et le cervelet situés dans la boîte crânienne, et la moelle épinière située dans le canal rachidien.

⁴⁴ Relatif aux parties du corps composées de cellules musculaires.

⁴⁵ Qui concerne les troubles physiques liés à des causes psychiques.

⁴⁶ Algologie désigne l'étude de la douleur et ses effets sur l'organisme.

⁴⁷ Relatif à la neurophysiologie qui est la science qui étudie l'influence du système nerveux dans le comportement humain.

⁴⁸ Qui concerne l'esprit, la pensée

⁴⁹ Relatif à la biologie qui est une science consacrée à l'étude des êtres vivants et des matières vivantes.

⁵⁰ Ce qui est physique dans l'être humain.

analogique), EVS (échelle verbale simple) (cf annexe n° 2,3,4). Dans le cas où la personne ne peut interagir avec le professionnel de santé, l'observation sera alors la clef pour évaluer la douleur de la personne soignée. Nous allons donc observer : la position de la personne (position fœtal), le visage (tendu, grimace), le regard, l'absence de communication verbale (gémissements, cris), le comportement (replis sur soi, agitation, agressivité), il existe aussi différentes échelles comme E. C. P. A⁵¹, Algoplus, Doloplus (cf annexe n°5,6,7). L'importance de connaître le niveau de douleur chez un patient dans le cadre des soins est de définir sa zone de confort et de viser à l'améliorer si nécessaire.

Il existe plusieurs types de douleur : la douleur chronique et la douleur aiguë.

D'une part la douleur aiguë, d'un point de vue professionnel le dictionnaire des concepts en soins infirmiers la définit comme⁵² : « *une sensation vive, plus ou moins profonde en raison de son caractère évolutif qui nécessite une prise en charge immédiate. Cette douleur est soumise au regard des autres et renforce la sensibilité émotionnelle, affective. La douleur s'exprime plus ou moins verbalement, suivant sa perception culturelle et induit⁵³ son seuil de tolérance* ». Retenons qu'une douleur aiguë est une forte douleur due à une blessure physique ou morale, elle peut être passagère, durable ou perpétuelle. Une même douleur sera perçue différemment par chaque patient en fonction de son éducation, de ses croyances, et de ses points de vue. La perception et le ressenti de chacun sont différents.

D'autre part, la douleur chronique⁵⁴. D'un point de vue professionnel comme expliquée, dans le dictionnaire des concepts en soins infirmier⁵⁵ : « *la douleur chronique agit directement sur celui qui en souffre, mais aussi sur son entourage familial et social, y compris de travail (environnement et condition) tous ces éléments doivent être pris en compte au moment de la prise en charge* ». Nous pouvons donc penser que la douleur chronique est une douleur qui revient constamment. Elle agit directement sur la personne souffrante. Elle sera handicapante dans la vie de tous les jours, car elle peut être soudaine mais régulière ou constante. Cela va

⁵¹ Echelle comportementale de la douleur chez la personne âgée.

⁵² PAILLART Christine. Dictionnaire des concepts en soins infirmiers. 2ème édition. Noisy le grand : SETES, 2015. ISBN : 979-10-91515-28-3 522p.

⁵³ C'est amener quelqu'un à faire quelque chose (<https://www.dictionnaire-synonyme.com/synonyme-induire-en-erreur> (consulté le 18/02/2021))

⁵⁴ La douleur chronique est une douleur persistante qui compromet votre bien-être, votre niveau fonctionnel et votre qualité de vie. Elle peut être le résultat d'une blessure ou d'une infection ou une cause continue de douleur peut exister.

⁵⁵ PAILLART Christine. Dictionnaire des concepts en soins infirmiers. 2ème édition. Noisy le grand : SETES, 2015. ISBN : 979-10-91515-28-3 522p.

donc influencer le rythme de vie de la personne souffrante et altère son état de bien-être physique et psychologique.

8.3. Définitions de la souffrance

La souffrance d'un point de vue du CRTL⁵⁶ : « *est le fait de souffrir, d'éprouver une douleur physique ou morale ; l'état d'une personne qui souffre.* » La souffrance d'un point de vue professionnel avec le dictionnaire des concepts en soins infirmiers⁵⁷ : « *est le fait de souffrir, c'est une douleur prolongée physique et/ou psychique ressentie par la personne, un groupe. La souffrance est à distinguer de la douleur qui est l'expression d'une atteinte à l'intégralité du corps* ». Cette définition nous montre que la souffrance peut être une expérience exclusivement psychique⁵⁸. Elle fait partie de la psyché, c'est-à-dire que cela concerne le fonctionnement mental du malade. La souffrance peut être physique ou morale. Si elle est due à une blessure physique ou psychologique, elle se soignera avec le traitement de la blessure. Si c'est une souffrance mentale, elle n'est pas visible avec un examen médical tel qu'une radio, un scanner ou une IRM. Elle révèle un mal-être intérieur, une blessure interne. Nous pouvons la distinguer seulement en discutant avec la personne. Pour la soigner, il est parfois nécessaire de faire appel à un professionnel de santé diplômé en psychologie, un psychologue⁵⁹. Si la souffrance est plus profonde et que la personne a des pensées noires, suicidaires, l'intervention d'un médecin spécialisé en santé mentale, le psychiatre⁶⁰, sera alors nécessaire.

8.4. Qu'elles sont les différences entre douleur et souffrance ?

Maintenant que nous avons pu analyser la douleur et la souffrance nous pouvons dire qu'elles sont différentes et distinctes mais dans la continuité l'une de l'autre. Développons les différences entre douleur et souffrance. Chaque individu, quel qu'il soit a ressenti un jour de la douleur ou a souffert d'une manière ou d'une autre, soit par la perte d'un proche, soit par une blessure ... La souffrance peut être physique et/ou morale. Pouvons-nous dire que la

⁵⁶ <https://www.cnrtl.fr/definition/souffrance> (consulté le 15/02/2021)

⁵⁷ PAILLART Christine. Dictionnaire des concepts en soins infirmiers. 2ème édition. Noisy le grand : SETES, 2015. ISBN : 979-10-91515-28-3 522p.

⁵⁸ Qui appartient au psychisme, qui concerne l'esprit, la pensée. (<https://www.cnrtl.fr/definition/psychique> (consulté le 15/02/2021))

⁵⁹ Médecin spécialiste en psychologie qui a une grande connaissance du comportement, des pensées, des sentiments humains. (<https://www.cnrtl.fr/definition/psychologue> (consulté le 15/02/2021))

⁶⁰ Médecin spécialiste dans la psychiatrie (la psychiatrie qui étudie, qui traite les maladies mentales et les troubles du psychisme) (<https://www.cnrtl.fr/definition/psychiatre> (consulté le 15/02/2021))

souffrance est liée à une douleur ? Il nous semble maintenant que oui car la souffrance débute par une douleur qu'elle soit physique ou psychologique. Pouvons-nous dire que quelqu'un qui a une douleur souffre ? Non car une souffrance est quelque chose d'intense. Une douleur peut être désagréable. Mais est-elle assez forte pour dire qu'il s'agit de la souffrance ? ainsi, une personne atteinte d'un cancer ou d'une autre maladie qui a mal quotidiennement et constamment mal, est une personne qui souffre. La limite entre les deux n'est pas définissable. Elle est différente pour chacun. Personne ne ressent la même chose. Chaque personne a des limites différentes. La perception est différente pour chaque humain. Il existe des échelles numériques, visuelles analogiques... Pouvant aider à évaluer le degré de douleur propre à chacun.

9. Les agresseurs

« *Un agresseur est quelqu'un qui commet une agression, en attaquant le premier et sans qu'il y soit provoqué.* ⁶¹ ». Développer une partie sur l'agresseur, nous permettra de mieux comprendre comment certaines personnes peuvent en arriver là. Une meilleure compréhension de ce profil nous amènera à mieux cerner la maltraitance au sein d'un service de soin. Comment des personnes dans l'entourage du soigné peuvent devenir agresseur ? Proches, professionnels de santé ou membre de la famille, il est difficile de définir un type de personne. Tout le monde peut potentiellement devenir ou être agresseur. Il n'y a pas de catégorie sociale qui distingue les futurs potentiels agresseurs. Personne ne naît agressif cependant en fonction de notre éducation, de la gestion de nos émotions, de notre santé mentale et physique nous serons plus sensibles à développer un comportement agressif. L'éducation que nous recevons, les fréquentations que nous choisissons, la classe sociale dans laquelle nous évoluons, le rapport que nous avons avec nos proches, toutes les choses que nous faisons, entendons, voyons ou vivons, font de nous ce que nous sommes. Chaque être humain est unique : son ressenti, ses perceptions et son vécu sont liés à son histoire. Un climat de tension au travail, de la fatigue, des problèmes personnels sont tous des facteurs de stress qui peuvent altérer notre bon jugement voir créer des situations non « bien traitantes » voir maltraitantes. On ne devient pas agresseur par choix, souvent l'agression/l'agressivité est un moyen d'expression face à un mal être physique ou émotionnel : le manque de reconnaissance, une usure professionnelle... Bien qu'interdit certains de nos comportements

⁶¹ <https://www.cnrtl.fr/definition/agresseur#:~:text=et%20adj.-,AGRESSEUR%2C%20EUSE%2C%20subst.,qu'il%20y%20soit%20provoqu%C3%A9>. (Consulté le 09/02/2021)

peuvent nous échapper. La vigilance et la remise en question de notre travail sont essentielles pour fournir un accompagnement de qualité. Un travail aussi prenant que celui de soignant doit se faire avec conscience professionnelle et bienveillance.

Une personne peut développer une agressivité face à une situation si elle est en souffrance. La souffrance peut être due à la non-acceptation de la situation (maladie/ accident ...), repli sur soi, état dépressif ... Pour les professionnels, nous savons que leur état émotionnel général peut impacter leur travail ainsi que la prise en charge des soignés. Le travail d'équipe et l'écoute sont essentiels pour que les professionnels puissent se sentir soutenus dans leurs tâches et accomplir leur travail de manière respectueuse. Il est plus facile de respecter les autres, quand nous nous respectons nous-même.

Les comportements dits « maltraitants » ne sont pas excusables, ils sont même punis par la loi⁶² « *L'article 442 quarter du code pénal* » afin de protéger toutes personnes de ce genre de comportement. Il faut avoir conscience que ce type de comportement existe, cela peut aller du conjoint présent dans la vie depuis plusieurs années, un nouveau partenaire, les enfants, un membre de la famille, l'aidant naturel, le personnel de soin, des connaissances, un voisin, un conseiller financier, un démarcheur téléphonique ou qui fait du porte à porte, toutes personnes mal intentionnée peut être agresseur.

Dans plus de 80% des cas, les agresseurs sont des membres de la famille. Mais toute personne en contact avec la personne soignée peut le devenir, volontairement ou non, en utilisant une des formes de violence décrites précédemment. Nous savons maintenant que tout le monde peut être ou devenir agresseur voyons comment nous pouvons communiquer avec la personne soignée et en apprendre un peu plus sur sa façon de s'exprimer.

⁶² https://www.one.be/fileadmin/user_upload/siteone/PRO/Milieux_accueil/Flash_accueil/Guide-juridique/FA18-suspicion-maltraitance.pdf (consulté le 15/05/2021)

10. La communication verbale, paraverbale, non verbale et les données environnementales.

Les différents types de communication ont été abordés en cours avec Monsieur Lallemand et de Madame Père. Ci-dessous vous trouverez un extrait du cours nous permettant de mieux cerner les éléments à prendre en compte.

Quels sont les éléments observés ?

<p><i>C'est l'utilisation de mots employés au sein d'un dialogue, d'échanges</i></p> <p><i>Elle peut être :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Écrite</i> - <i>Orale.</i> <p><i>Elle peut être aussi :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Fermée : le récepteur ne peut répondre que par « oui » ou par « non »</i> - <i>Ouverte : le récepteur peut choisir librement et construire sa réponse.</i> 	<p>➤ <i>COMMUNICATION VERBALE</i></p>
<p><i>La force, l'intonation, le rythme, la hauteur de la voix et la vitesse d'élocution.</i></p>	<p>➤ <i>COMMUNICATION PARAVERBALE</i></p>
<p><i>Les mimiques, les gestes....</i> <i>La coiffure, l'habillement, mimique...</i> <i>Expressions faciales...</i></p>	<p>➤ <i>COMMUNICATION NON VERBALE</i></p>
<p><i>Le déco, l'ambiance, les, objets utilisés...</i></p>	<p>➤ <i>DONNEES ENVIRONNEMENTALES</i></p>

Dans ce tableau nous voyons qu'il existe plusieurs modes de communication qui nous permettent de rentrer en contact avec la personne.

La communication verbale : l'emploi des mots utilisés que ça soit à l'écrit ou à l'oral est important et nous devons être vigilants. La communication verbale peut être sous forme de questions. Ses questions peuvent prendre plusieurs formes ouvertes ou fermées.

Dans un premier temps, si la question est ouverte la personne peut répondre par ce qu'elle a envie. Elle choisit librement sa réponse. Alors qu'une question fermée amènera une réponse fermée « oui ou non ».

Ensuite, il existe la communication paraverbale qui caractérise la manière de parler ; l'intonation, le rythme, la vitesse...

Enfin, nous trouvons la communication non verbale qui comprend la gestuelle, les émotions, les expressions faciales... Les données environnementales, le lieu, l'ambiance de la discussion, les objets utilisés...

Exemple : Nous parlons à une dame qui se trouve chez elle avec son compagnon, nous constatons des bleus entre ses cuisses. Nous lui demandons comment elle a fait pour avoir des bleus comme cela.

- La communication verbale : Elle nous répond qu'elle est tombée dans les escaliers.
- La communication paraverbale : Nous entendons que sa voix n'est pas comme d'habitude elle cherche ses mots, on ressent la personne confuse alors qu'habituellement elle semble sûre d'elle.
- La communication non verbale : Nous voyons dans son regard qu'elle a peur qu'elle tremble en nous répondant.
- Les données environnementales : Cette scène décrite se passe dans la même pièce que son compagnon.

La communication ne se fait pas qu'avec le patient. La communication se fait dans une globalité avec l'entourage, les proches, les amis, la famille mais aussi surtout avec ses collègues et ses supérieurs. Le travail d'aide-soignante est un travail d'équipe, elle est généralement composée de différents profils médico-sociaux qui œuvrent ensemble pour le bien être des patients.

En confrontant les observations, nous pouvons distinguer les données objectives et les données subjectives qui nous aideront à comprendre la situation dans le point suivant.

11. Les données objectives et subjectives⁶³

Parlons des différents types de données :

Les DONNEES OBJECTIVES ; elles sont mesurables ont un début et une fin, sont dénombrables, observables. Elles sont perçues par l'un de nos cinq sens (l'ouïe, la vue, l'odorat, le toucher et le goût.)

⁶³ <https://www.infirmiers.com/forum/difference-entre-objectif-et-subjectif-t33152.html> (consulté le 22/02/2021)

Les DONNEES SUBJECTIVES ; interprétations personnelles non vérifiables liées au ressenti, aux expériences et au vécu de chacun.

Reprenons l'exemple cité ci-dessus de cette dame et de son discours « verbale ». Nous avons des données objectives : les faits, la dame a des hématomes, dans son discours elle évoque une chute dans les escaliers.

Nous avons des données subjectives, c'est notre interprétation personnelle, notre ressenti face à la situation et notre sensibilité d'aide-soignante de prévenir les abus de maltraitance. Nous pouvons penser que les hématomes ne sont pas dus à une chute dans les escaliers. Nous pouvons penser que la dame a peur de dire la vérité. La localisation des coups, la présence de son compagnon et sa façon de raconter l'histoire montre des incohérences. Nous ne pouvons pas nous arrêter sur ce détail, nous devons prévenir la personne de notre soutien et en référer à notre supérieur hiérarchique de manière objective, sans émettre de jugement ni interprétation. L'aide-soignant relate les faits à son équipe si besoin une enquête sera menée par les personnes habilités (assistante sociale...).

Pour faire la collecte de données nous pouvons nous aider du tableau ci-dessus en points 8. Le tableau va nous donner des pistes sur la communication. Dans l'analyse de la situation, nous devons toujours rester objective. Cela veut dire que nous devons nous référer aux faits réels et ne pas faire d'hypothèses. Ne pas se laisser distraire par notre parcours personnel. Nous pouvons même collecter des témoignages de personnes extérieures à la situation comme les voisins, les amis. Une fois toutes les versions écoutées, nous devons reprendre les faits, les analyser pour ensuite les remettre dans le contexte de base. Et de là, nous pourrions analyser la situation, donner notre opinion. Il est nécessaire d'en référer à nos supérieurs et à nos collègues. Afin de pouvoir confronter les avis. Les données objectives sont ce que nous voyons, leurs existences est visible. Les données subjectives sont les ressentis de la personne. Nous ne devons pas nous laisser envahir par nos sentiments par notre histoire de vie. Afin de rester le plus juste dans notre jugement.

12. Aspects positifs et négatifs de l'accompagnement

L'accompagnement est le fait de suivre la personne dans sa vie quotidienne, de l'aider à se réaliser, c'est apporter un soutien à la personne. Nous accompagnons les patients dans la vie de tous les jours par des soins. Le suivi est réalisé par tous les soignants, le médecin, l'infirmière, l'aide-soignante, l'équipe !

Quelles sont les aspects positifs et négatifs de l'accompagnement pour la personne souffrant de maltraitance :

- Positif : Nous travaillons en équipe cela nous permet d'avoir de l'aide sur la situation, un relais, une écoute. Nous avons un regard extérieur et cela nous permet de donner des pistes d'action ou de prise en charge pour un meilleur confort de vie. En parler à nos collègues nous permettra d'avoir plusieurs avis objectifs. Quand la situation nous touche personnellement et que nous sommes trop impliqués sentimentalement il nous est recommandé de déléguer à un collègue ou de se faire aider par des collègues car nous sommes une équipe. Nous apportons un suivi au patient grâce à la réalisation des soins quotidiens. Notre rôle est de soutenir aussi bien physiquement que moralement le soigné et sa famille. L'aide-soignant peut être perçu comme un relais pour la famille cela leur permet de prendre du recul face à la situation.
- Négatif : Nous ne devons pas dépasser nos limites en tant qu'aide-soignant. Nous avons le devoir de rester à notre place de soignant, pour nous protéger ne pas se mettre en danger autant physiquement, mentalement que juridiquement. Nous devons prendre du recul sur la situation. Il nous faut rester professionnelle et agir en conséquence : la colère, la peine ou autres émotions n'aideront pas le soigné. La richesse du travail en équipe, nous permet de faire notre rôle en tant qu'aide-soignant et d'être soutenu par les autres professionnels qui nous entourent. Nous devons accepter la prise de relais. Il faut être conscient que certaines personnes réagiront de manière différente et que chacun à son propre degré d'action dans la protection d'autrui.

Dans cette partie, nous avons pu explorer les différents lieux de vie de la personne soignée. Lieux, où cette dernière est susceptible de nécessiter des soins. Quant à eux, ces soins seront prodigués par une équipe pluridisciplinaire. Nous avons défini certains points tels que la négligence, la maltraitance et les violences pour ensuite pouvoir comprendre les différentes formes de violence. Nous avons pu en voir les différences afin de les distinguer. Cette distinction se fera par le biais de l'observation par l'équipe soignante. Mais aussi, c'est de par le ressenti de la personne soignée, propre à chacun, que nous avons pu définir l'état de bien-être, le mal-être, la douleur et la souffrance. Nous avons mis en avant, par la suite, le profil du potentiel agresseur afin de l'identifier et sa complexité. Dans le but d'identifier une situation de maltraitance, nous avons énuméré les différentes formes de communication que nous pouvons observer chez la personne soignée.

Ainsi, dans un troisième temps, nous approfondirons notre recherche sur une partie plus pratique, sur des moyens à mettre en œuvre, des actions visant à déceler les signes de maltraitance.

III. Pratique

1. La maltraitance possible dans n'importe quel lieu de vie

Dans notre société actuelle, les personnes évoluent au sein de différents lieux de vie. Ils grandissent au sein de leur cellule familiale pour ensuite devenir autonome et vivre de façon indépendante seul ou en collectif : familial, collocation... En cas de besoin, il arrive que les personnes soient retirées de leur lieu de vie, placement, hospitalisation, perte d'autonomie...

Accompagner les patients consiste à prendre en compte la personne dans sa globalité. Chaque personne a des besoins différents que ça soit physiologique⁶⁴ ou psychologique. Partons du principe que la plupart des personnes débute leur vie au domicile familial. Une personne peut si elle le souhaite et si le médecin juge que ses jours ne sont pas en danger rester à son domicile peu importe les soucis de santé. L'accompagnement à domicile peut être proposé grâce aux différents professionnels qui travaillent pour accompagner les personnes soignées : femmes de ménages, aides familiales, aides-soignantes, infirmières, le médecin mais aussi les voisins, les amis, la famille... Une équipe de soin peut intervenir au domicile plusieurs fois par jours pour subvenir au besoin de la personne si elle décide vouloir rester chez elle. Si les proches jugent que la situation n'est plus optimale ils peuvent en parler à la personne soignée et/ou à l'équipe médicale qui l'accompagne et ensemble ils trouveront la solution la plus adaptée. Si la personne est lucide, elle est la seule à pouvoir décider de son chemin de vie, par contre « *si la personne n'est plus sous statut légale de protection de sa propre personne, les proches peuvent solliciter un placement sous contrainte au juge de paix, sur base de la loi relative des maladies mentales* »⁶⁵. Quand le soigné ne choisit pas son lieu de vie, il peut être vécu comme une punition cela peut nuire à son adaptation. Quand l'état de santé de la personne le nécessite une hospitalisation de court ou long séjour peut être envisager. Suite à ce séjour, quand elle ne peut retourner à son domicile, un placement en maison de repos ou en maison de repos et de soin sera alors proposé. Une discussion entre le soigné, ses proches et le médecin favorise la compréhension de ses choix. L'avis de la personne soignée est d'abord pris en compte dans la décision du lieu de vie. C'est le médecin qui oriente vers ce qui lui semble le plus adapté avec l'avis de l'équipe médicale, des proches et du patient. En concluons nous sommes seul maître de notre destin nos choix seront respectés sauf si nous

⁶⁴ Qui concerne l'activité de l'organisme humain https://www.lerobert.com/google-dictionnaire-fr?param=physiologique&fbclid=IwAR3krFzkgHNfkcdazgJt_7-3B2ssG6lwZ54f68U2NppBVDwtgB0Q0hTd_3g (consulté le 11/05/2021)

⁶⁵ https://archives.enmarche.be/Mutualite_service/Conseils_juridiques/archives/Qui_peut_decider_de_lentree_en_maison_de_repos_3novembre2011.htm#:~:text=1.,d'aller%20vers%20cette%20solution. (Consulté le 11/05/2021)

souffrons de maladie mentale et qu'elle soit reconnue en tant que telle. La décision de notre lieu de vie se fera par la demande de la famille au juge de paix.

2. L'observation

L'observation est la base de notre travail. L'observation est l'outil quotidien des professionnels de santé. Elle intervient dans beaucoup de situations « pour ne pas dire dans toutes les situations ». L'observation avec attention est un acte de bienveillance. Bien veiller c'est observer, regarder, porter attention pour dans ce cas-ci une bienveillance optimale. Elle nous accompagne au quotidien. L'observation est la garantie d'un soin de qualité. Elle nous permet de prendre connaissance des signes cliniques du patient : les rougeurs, les marques sur le corps, qualité de la peau au niveau des zones de frottements, de pressions, d'appuis, ... Elle nous permet de remarquer les particularités, d'adapter nos pratiques ou d'en référer à l'infirmière. L'observation ce n'est pas juste regarder. L'observation se fait avec les yeux, les mains, les oreilles et le nez. L'aide-soignant observe le patient dans sa globalité cela l'amène à constater plus facilement les changements d'humeur, de comportements, de couleur de la peau, d'odeur inhabituelle, de cernes, d'hématomes ...

L'observation favorise notre connaissance sur le patient. Chaque personne soignée a des besoins différents et l'observation met en avant les besoins de chaque personne.

Nous pouvons identifier :

- Le besoin moral : une personne atteinte du trouble du comportement aura besoin d'aide à se maintenir en bonne santé.
- Le besoin matériel : une personne ayant une fracture au niveau de la jambe ou une altération à la marche aura besoin de se déplacer en fauteuil roulant.
- Le besoin physique : une personne qui ne s'est plus se mouvoir aura besoin d'aide pour se laver, manger...

L'autonomie bien que normale apparaît comme une chance pour les personnes qui sortent de maladie ou d'un accident.

Cette dépendance et la perte des repères est souvent mal vécu par la personne soignée qui peut prendre cette étape de la vie comme une injustice. Le soignant contribue à la convalescence du patient et à son bien-être. Le secret professionnel joue un rôle important sur la relation de confiance entre le professionnel et le patient. Une relation saine va permettre de mieux comprendre ses besoins et ses attentes. L'aide-soignant a ses limites, nous devons garder une

relation professionnelle et ne pas nous laisser déborder par le besoin affectif de certains patients.

Grace a nos observations nous allons pouvoir adapter nos attitude face à une personne maltraiter.

3. Les attitudes à adopter

Observer est le début de l'action pour repérer des potentiels signes de maltraitance, chaque membre de l'équipe soignante apporte ses éléments pour « l'enquête » face à une supposition de maltraitance. Observer ce n'est pas être dans l'affecte⁶⁶ mais dans le factuel⁶⁷ pour apporter une réponse plus juste. Nous allons prendre le temps d'analyser la situation avec du recul et nous allons échanger nos différents points de vue comme celui du patient, des collègues. Parler avec la personne soignée seule à seule est un moyen de faciliter le dialogue de confiance et lui suggérer notre aide même si la personne n'est pas prête ou disposé à changer la situation. Elle a conscience que vous êtes disponible pour elle et prête à lui porter secours par le biais de différents moyens professionnel. Lorsque la relation paraît distante entre le patient et le professionnel, nous en parlons à nos collègues afin de déléguer les soins pour qu'un autre collègue tente de créer une relation de confiance. Quand cette relation de confiance est installée entre le patient et le soignant, des confidences peuvent être faites plus facilement. Le soignant porte une attention particulière aux signaux d'alertes : hématomes, griffures, rougeurs, une personne renfermée, une personne sur la réserve d'échanger en compagnie de proche... Le soignant sait repérer les facteurs de risque : un conjoint sanguin, un patient craintif, ... Une fois les signes observés, nous devons les transmettre à l'équipe pour pouvoir les analyser dans leur contexte initial en restant le plus objectif possible. Les soignants grâce à leurs différentes formations ont développé des compétences d'empathie, d'accompagnement, de non jugement le but étant d'accompagner la personne vers un bien-être physique et mental. Les soignants soutiennent les personnes en état de vulnérabilité, dans le cas où il y aurait des risques pour sa « vie », ce sont les médecins qui se chargent de faire un signalement pour assurer leur protection. Dans le cas contraire nous devons respecter les choix des personnes de ne pas être accompagnées, rester bienveillante et avertir si elle change d'avis. Nous ne devons en aucun cas prendre de décision seule et à chaud face à une situation

⁶⁶ État affectif élémentaire, ressenti traduisant une pulsion. <https://www.lerobert.com/google-dictionnaire-fr?param= affect> (consulté le 04/05/2021)

⁶⁷ Preuve factuelle : qui est de l'ordre du fait. <https://www.lerobert.com/google-dictionnaire-fr?param= factuel> (consulté le 04/05/2021)

de maltraitance. Après concertation en équipe, nous pourrions analyser la situation et nous saurons s'il y a matière à s'inquiéter. Il ne faut pas oublier que les décisions face à la maltraitance ne nous appartiennent pas en tant qu'aide-soignant. Nous avons pu observer les attitudes qui nous préoccupaient. Maintenant nous allons parler des signes.

4. Les signes à observer

Nous observons le comportement de la personne soignée ainsi que certains signes cliniques, leurs répercussions ou leurs accumulations, ceci doit attirer notre attention. Nous allons évoquer les signes visibles et non visibles. Tout est question d'observation.

4.1. Les signes visibles

Dans les signes visibles, nous allons énumérer différents points sur lesquels nous devons être vigilant.

- Au niveau vestimentaire : la personne soignée ne doit pas avoir une apparence négligée, une bonne hygiène, pas d'odeur désagréable, des vêtements propres et sans trous. La personne soignée doit être vêtue d'une tenue adaptée au temps qu'il fait et au lieu où elle se trouve.
- Au niveau corporel : nous avons pour rôle d'observer si la personne soignée n'est pas atteinte de rougeur, d'hématome dans des endroits rarement blessés par accident ou s'ils n'ont pas la forme d'objets, de griffures, de coupures ou de fractures. Nous regardons aussi régulièrement à ce qu'elle ne développe pas d'escarres, ni de traces de contentions. Nous veillons à ce que les contusions soient toujours justifiées par le biais d'explications cliniques pour chaque signe visible. Nous vérifions si la personne soignée prend la bonne dose de médicament, s'il y a consommation excessive d'alcool et/ou usage de drogues. Nous sommes vigilants aux signes de déshydratation comme le mal de tête, le manque d'élasticité de la peau, la bouche sèche, les constipations, les urines foncées. Le poids est un indicateur à observer, un changement de poids soudain peut alerter l'équipe médicale. Et pour finir, nous sommes tenus de vérifier à ce que la personne soignée porte ses lunettes, ses prothèses dentaires et ses appareils auditifs si nécessaire.
- Au niveau du cadre de vie : si on constate des chutes à répétition ou une hospitalisation régulière cela doit nous alerter. Nous devons veiller à adapter la température des pièces occupées. Il n'est pas simple d'observer les difficultés financières d'une personne en tant qu'aide-soignante, mais son niveau de vie ou de

confort peut nous donner des indications que nous transmettons à l'équipe. Nous observons le comportement des proches qui entourent le patient, et inversement le comportement du patient envers ses proches. Nous portons une attention sur les soins apportés par les différents soignants, cela permet de se soutenir en équipe sans juger le travail de ses collègues.

4.2. Les signes non visibles

Les signes non-visibles sont plus difficiles à observer, ils demandent de porter une attention particulière. Nous allons observer les comportements de la personne soignée et de son entourage. Les échanges avec la personne soignée et le fait de s'intéresser à son quotidien, son sommeil, son alimentation, son ressenti, son état émotionnel, un surmenage, une irritabilité, si elle a une faible estime d'elle même, si elle est indifférente, anxieuse, si elle a de brusque changement d'humeur... sont des indicateurs de son bien-être.

Lorsque des lésions apparaissent sur le corps d'une personne ce sont les signes visibles. La confusion de la personne face à notre découverte, ou son malaise sont des signes non visibles. Une personne avec un discours négatif peut nous inquiéter comme des pensées suicidaire, un mal être, des plaintes, un malaise plus ou moins profond. Ce genre d'attitude sont des signes non visibles qui doivent être signalés à l'équipe afin de savoir s'ils sont dus à son état ou à l'arrivée d'événements inconnus comme de la maltraitance.

Si nous constatons des violences non habituelles comme violence verbale, physique, un refus de collaboration ou de soin ou l'inverse une gentillesse démesurée ce sont des signes à ne pas négliger. Si la répétition du refus de soin persiste, nous devons informer l'équipe médicale.

Un seul signe de maltraitance peut suffire pour nous alerter, un changement d'attitude. Un mélange de signe visible et non visible peut se faire. Le personnel soignant n'est pas seul, il fait partie d'une équipe, d'une institution et d'un état qui garantissent la sécurité de ses concitoyens. L'aide-soignant agit par ses actions d'observations, d'écoute et de soutien. Cependant nous ne devons jamais agir seul face à un cas de maltraitance. Il est impératif de se concerter en équipe, l'infirmier en chef prendra les décisions avec ses supérieurs. Des actions inopinées peuvent se retourner contre nous ou mettre davantage en danger la personne. La clef de notre métier c'est l'observation et le travail en équipe !

Nous avons pu mettre en avant des attitudes à adopter en cas de maltraitance, des signes que nous devons observer. Poursuivons avec l'analyse des risques. En effets, le fait d'analyser les risques va nous aider à remettre les choses dans leur contexte, de visualiser la situation globalement.

5. Analyser les risques

Comment évaluer la situation ? Le fait d'analyser les risques permet d'évaluer la gravité de la situation, la sécurité de la personne maltraitée, le contexte dans lequel cela se passe, la relation de l'agresseur avec sa victime et l'autonomie de la victime. Les risques peuvent être relevés au niveau individuel, au niveau familial, de la communauté et aussi au niveau socioculturel. Nous nous rendons comptes des faits, s'ils sont dus à un manque de vigilance, provoqués par de la négligence, dans un but d'obtenir quelque chose en retour, ou s'ils sont dus à un mal-être de l'agresseur, une vengeance... Le fait d'analyser la situation permet de la comprendre, d'identifier les risques et les causes pour ainsi mettre en place des actions visant à trouver des solutions contre la maltraitance observée.

5.1. Evaluation de base

Tout d'abord, il est important de prendre en considération la dépendance de la personne envers son entourage. Effectivement, celle-ci peut influencer ses décisions. Aussi, interroger une personne proche ou de confiance pourrait permettre d'avoir un avis extérieur sur la situation, tout en tenant compte de l'état mental et de l'autonomie de la personne soignée. De plus, nous devons en parler à d'autres professionnels de santé : collègue, médecin traitant. Nous ne pouvons confronter l'auteur des faits qu'avec l'accord de la personne soignée. Nous devons garder à l'esprit l'intérêt de la personne soignée en tenant compte de son intégrité⁶⁸ physique, psychique, sociale et financière. Nous devons essayer de comprendre si ce n'est pas juste un manque de communication entre le soignant et le soigné ou un manque de communication entre le soigné et ses proches, un malentendu. Il arrive qu'une personne en soin développe une faible estime d'elle-même, surtout en cas de dépendance et peut alors considérer la maltraitance comme méritée ou juste. Il arrive également que le soigné ne dénonce pas les actes de maltraitances car il a peur de déranger le professionnel. Le soigné peut parfois aussi être maltraitant avec le soignant mais c'est un autre sujet que nous n'aborderons pas dans ce travail. La personne soignée sera peut-être plus flexible et plus laxiste dû à son manque d'autonomie et acceptera des comportements qu'elle n'aurait jamais accepté dans le passé.

⁶⁸ L'intégrité se définit comme une valeur morale qui sert de référence et guide nos choix et nos actions. Elle suppose une notion d'honnêteté. Une personne intègre est un individu sur qui on peut compter, dont les choix de valeurs sont fiables et stables.

5.2. Evaluation physique

L'évaluation consiste à objectiver et lister les signes, la localisation et l'étendue des lésions visibles. Nous avons l'obligation d'informer notre hiérarchie, afin d'envisager des examens cliniques supplémentaires des lésions, de vérifier ou d'ajuster des traitements médicamenteux et les soins nécessaires. L'équipe peut évaluer la sécurité, l'autonomie et la capacité au patient à s'auto-gérer.

5.3. Evaluation psychique

Ci-dessus, nous avons parlé des violences psychologiques. Cela nous mène à dire que ses effets directs ont un impact psychique. Cependant ils ont des effets indirects qui conduisent à une perte d'estime de soi, un manque de motivation et des troubles dépressifs, un repli sur soi, un isolement voire du mutisme⁶⁹. Cet impact psychique peut être objectivé par des propos triste, propos négatifs sur soi-même, des pleurs, une absence de communication et de partage ect... N'importe quel type de violence amène à un stress chez la personne maltraitée et peut être objectivé par une agitation, une respiration plus rapide, une irritabilité, se ronger les ongles ect.... Les victimes de violence morale ou physique peuvent développer des réactions du système cardiovasculaire, un état de fragilité, une baisse de défense immunitaire. L'aide d'un médecin, d'un psychologue ou d'un psychiatre sera alors nécessaire. L'équipe médicale soutient le patient dans son vécu, pour limiter le refus. Nous devons communiquer avec la personne soignée et ne jamais la juger, elle a une éducation un chemin de vie que nous devons prendre en compte. L'évaluation nous permet d'agir en équipe. Nous avons l'obligation d'en parler à d'autres professionnels de soin qui s'occupe aussi du patient. Il est important de faire les transmissions orales et écrites pour que l'équipe soit informée de la situation et qu'elle puisse redoubler de vigilance dès l'apparition des signes psychiques.

6. La douleur / la souffrance

La reconnaissance de signe de souffrance ou de douleur est subtile puisque chaque être humain réagit de façon différente. Notre profession est sensibilisée aux signes qui doivent nous alerter. Nous avons pu définir la douleur et la souffrance ci-dessus. Nous avons pu observer les comportements des personnes soignées. Nous avons pour rôle de faire attention à certains comportements qui doivent nous alerter, une forte tristesse, une fatigue inhabituelle,

⁶⁹ Refus ou incapacité psychologique de parler

une irritabilité, un manque de concentration, un visage tiré, un manque de bonne humeur, des signes d'inconforts. Ses quelques signes peuvent montrer une personne qui souffre de douleur physique ou morale. Pour confirmer nos doutes de maltraitance, nous pouvons questionner la personne. En tant qu'aide-soignant nous avons recours à des questions types. Ces dernières, nous permettant de fournir plus d'éléments à notre observation afin d'informer notre équipe de nos questionnements.

7. Questions types pour identifier les maltraitances⁷⁰

Comment savoir si la personne est victime de maltraitance ? Avec cette liste de questions type nous allons pouvoir faire un constat sur la situation vécue par la personne et son ressenti. Le soignant n'est pas là pour juger mais pour protéger la personne soignée, un relais qui se fait sur le plan médical, juridique et social si nécessaire. Nous devons être vigilant entre notre ressenti et la réalité, plusieurs avis sont recommandés, le soignant ne doit pas s'isoler pour permettre une approche approfondie et objective. Nous allons procéder à une liste de question type que nous pourrons poser à la personne soignée s'il y a une hypothèse de maltraitance :

- Comment vous sentez vous ?
- Comment s'est passé votre week-end en famille ?
- Comment va votre entourage ?
- Mangez-vous à votre faim ?
- Avez-vous tous les médicaments dont vous avez besoin ?
- Etes-vous souvent seul ?
- Ressentez-vous des douleurs ?
- Avez-vous tout ce dont vous avez besoin ?
- Souhaitez-vous me parler de quelque chose en particulier ?
- Souhaitez-vous de l'aide pour une situation problématique ?

Ce sont des questions ouvertes qui vont aider la personne soignée à entamer une relation de confiance avec le soignant. Notons qu'observer la communication non verbale, paraverbale et les données environnementales est aussi important que le contenu des réponses. Nous allons nous servir de ces questions pour ouvrir un dialogue, un échange léger, qui pourra permettre à la personne soignée de parler de ce dont elle a envie sans être limitée dans ses réponses.

⁷⁰ https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43686/9789242594362_fre.pdf?sequence=1 (consulte le 13/02/2021)

8. Les agresseurs

Comme développé en partie conceptuelle au point n°7 : « *un agresseur est quelqu'un qui commet une agression, en attaquant le premier et sans qu'il y soit provoqué.*⁷¹ ». L'agresseur, peut aussi être une personne externe comme interne au foyer. Un voisin, un proche, un membre du personnel soignant, tout le monde peut devenir agresseur.

Il est intéressant de se questionner :

Tout d'abord le soignant : Quels sont les facteurs qui les mène à devenir agresseur ? Quelles sont les raisons d'un passage à l'acte verbal, morale ou physique ? Certains éléments ressortent comme des facteurs : un mal être personnel, un besoin de supériorité, manque de temps et de moyen, une lassitude de son travail, une relation complexe avec le patient... Le fait que la personne soignée se sente redevable, la laisse plus fragile. Un soignant peut devenir agresseur par négligence ou volontairement.

Mais aussi la personne soignée : Et si l'agresseur était la personne soignée ? Pourquoi deviendrait-elle agresseur alors qu'elle a besoin d'aide, d'être entourée ? Peut-être car elle se sent mal, qu'elle n'accepte pas sa situation, qu'elle vit mal le fait de se sentir diminuer... Toutes les suppositions sont possible/plausible.

Malheureusement, nous n'aurons pas de réponse à ces questions car chaque personne est différente et chaque personne a des raisons différentes de devenir agresseur. Notre but n'est pas de comprendre mais d'observer et analyser chaque agresseur, chaque victime, le lieu, le contexte, les antécédents de l'agresseur et de la victime. Afin d'analyser les données observées. Nous pourrons peut-être trouver des explications. Nous avons pour rôle de ne jamais négliger une plainte, mais nous devons savoir écouter les différentes versions. Nous devons toujours rester objectif. Se référer au fait. Nous avons l'obligation de toujours en parler à notre responsable, ne pas prendre de décision seule. Nous sommes professionnels de soin et donc tenus au secret professionnel. Les professionnels de santé peuvent avoir besoin d'échanger des informations sur le patient qu'il prenne en charge, la loi a défini la notion « de secret partagé ».

Le but de cet article est que le professionnel de santé ne peut divulguer des informations personnelles sur sa patientèle. Les soignants ont accès au dossier médical du patient qui contient de nombreuses informations médical et familial, elles sont nécessaires pour exercer au mieux son métier en prenant compte des antécédents du patient, pour qu'une relation de

⁷¹ <https://www.cnrtl.fr/definition/agresseur#:~:text=et%20adj.-,AGRESSEUR%2C%20EUSE%2C%20subst.,qu'il%20y%20soit%20provoqu%C3%A9>. (Consulté le 09/02/2021)

confiance s'installe afin que la personne soignée puisse favoriser le dialogue soignant soigné...

Il n'existe que deux exceptions pour déroger au secret : la première dans le cas où le professionnel est appelé à témoigner en justice et la seconde si la loi, le décret ou l'ordonnance les oblige où les autorise. Si, maintenant, le professionnel viole le secret, il peut encourir une peine de prison entre un à trois ans et de cent à mille euros d'amende. Nous avons pu parler des agresseurs, du secret professionnel. Maintenant nous allons aborder le fait de passer un message délicat. « *Il n'y a pas de soin sans confiance, de confiance sans confiance, de confiance sans secret* »⁷²

9. Comment faire passer un message délicat ?

En communication appliquée au cours de l'UE3 avec Mme Père. Nous avons développé la compétence de faire passer un message délicat. Pour passer un message délicat, il faut procéder par étape, dire les choses dans un certain ordre, ne pas dire n'importe quoi, n'importe quand, ni n'importe comment. Ce n'est pas évident d'aborder un sujet délicat, nous devons y aller avec prudence pour ne pas blesser ou être mal interpréter, des paroles qui demandent réflexion. Cependant nous devons faire face à la situation. En effet, ne pas dire les choses uniquement car elles sont difficiles à dire ou à entendre ne serait pas professionnel. Dire les choses, c'est aider à faire face à la situation, aider le patient à aller de l'avant. Aider le patient à se rendre compte de la situation qu'elle soit compliquée ou non et permet ainsi de l'accompagner dans ce moment délicat à ses yeux. Un regard extérieur est toujours bon pour évaluer objectivement la situation. Pour faire passer un message délicat, nous avons pour rôles de dire les choses en respectant des étapes bien précises. Nous commençons par *nommer* : *appeler la personne par nom- prénom et lui dire que nous voulons lui parler de quelque chose d'important*. La seconde étape c'est de *rassurer la personne* : *il faut lui exprimer un signe de reconnaissance fort (ce que je vais te dire ne remet pas ton comportement en cause)*. La troisième est de *s'attribuer la situation* « *je crois que j'ai un problème* ». La quatrième *il faut dire les faits* « *j'ai vu que tu étais couverte de bleus sur le corps non justifié.* » la cinquième c'est de *questionner* « *en es-tu conscient ? qui te fait ses contusions sur le corps ?* » Et pour finir la sixième et dernière étape c'est de *solutionner* : « *il faut proposer plusieurs options possibles* ». Pour donner un petit coup de pouce, nous pouvons utiliser *le pieu mensonge* : *c'est le fait de dire que nous aussi avons vécu cette situation et qu'en faisant telle ou telle chose la situation avait changé et le problème était solutionné* ». Si malheureusement rien ne

⁷² Comme l'indique Bernard Hoerni dans son livre *Ethique et déontologie médicale*, 2^e édition Masson, juin 2000

change, que la personne n'a pas entendu ce que nous lui avons dit, la situation peut perdurer. Nous devons reprendre le dialogue différemment ou reprendre le dialogue et procéder autrement. En premier lieu, nous devons *lui faire part des faits ; depuis autant de temps vous avez des hématomes sur le corps non expliqué*. En second, le *questionner ; « que se passe-t-il ? »*. En troisième, nous avons pour rôle de savoir écouter le patient *jusqu'au bout !* En quatrième, nous accusons réception du message, nous le comprenons et reconnaissons le problème ; *« je comprends que cette situation soit compliquée pour vous mais je souhaite que cela cesse le plus rapidement possible pour votre bien-être. »* En cinquième, nous devons *« interroger et responsabiliser ; » dans combien de temps pensez-vous pouvoir résoudre le problème ?* Et pour finir, nous avons la responsabilité de recadrer et positionner *« nous sommes d'accord qu'à partir de telle ou telle date la situation aura changé et que je ne vous retrouverais plus avec ces marques ou d'autres sur le corps »*. L'observation, la bienveillance et la communication sont les clefs essentielles pour résoudre les problèmes. Nous devons surtout et toujours écouter l'autre et ne pas le juger, peu importe la situation dans laquelle il se trouve. Essayer ou proposer de trouver des solutions ensemble. Ne pas vouloir résoudre le problème seul ou sans même prendre connaissance des faits ou de la version de la personne. Il faut respecter ses croyances et ses convictions. Savoir écouter. Ce n'est jamais facile de sortir d'une situation de maltraitance. Aider et accompagner la personne au mieux pour qu'elle se sente en sécurité. Pour continuer dans la même démarche d'aide, nous allons nous demander qui nous devons contacter en fonction des différents contextes de maltraitance.

10. Qui contacter en cas de maltraitance ?

La maltraitance se gère en équipe avec des règles. En effets, l'aide-soignant fait partie d'une équipe. Nous devons donc transmettre nos observations, demander l'avis de nos collègues et en parler à nos supérieurs. L'équipe décide s'il est possible d'en discuter avec les proches. Pour ne pas « crier au loup » trop vite et rester objectif. Une fois que nous en avons discuté et analysé la situation l'infirmier doit en parler avec le médecin généraliste. En fonction de la gravité de la situation, de la mise en danger de la personne ou de son entourage. Nous devons agir tout en restant bienveillant et bien traitant envers la personne soignée. Dans l'urgence nous appelons le 112 c'est le numéro d'urgence européen, le numéro pour la police est le 101 et le numéro pour le service médical d'urgence est le 100 à terme il sera définitivement remplacé par le 112. Il existe différents numéros de téléphone en fonction du problème à résoudre. S'il s'agit de questionnements sur la maltraitance, sur la maltraitance sur mineur, ou s'il s'agit de maltraitance conjugale les numéros ne seront pas les mêmes. En cas de doute,

nous devons composer le 112, l'appel sera enregistré, l'opérateur est là pour nous guider, nous rassurer et répondre à nos questions. Il est toujours préférable d'appeler le bon numéro pour éviter d'encombrer la ligne d'urgence.

Voici plusieurs numéros utiles :

- En cas de doutes nous pouvons renseigner toutes les personnes atteintes de violence/maltraitance ou qui se posent des questions. Ces personnes peuvent appeler le 1712 un numéro qui est bien sûr gratuit et joignable anonymement les jours ouvrés de 9h à 17h.
- Le 103 est l'écoute enfant de la police, là où les enfants/ adolescents peuvent poser leurs questions comme sur le fait de souffrir d'une relation, la drogue, la maltraitance ... ce numéro sert à les écouter, les guider et leur venir en aide s'ils le souhaitent tout en restant anonyme.
- Le 0800/30030 est le numéro à appeler si vous souffrez de violence intraconjugale⁷³. Ce numéro est accessible du lundi au vendredi de 9h à 19h. En dehors des horaires d'accueils une bascule se fait automatiquement sur le 107.
- Le 107 est un service d'aide non spécifique qui répond à toute personne en détresse ou en difficulté qui permet à la personne de parler et d'être écouté anonymement et gratuitement.

Tous ces numéros sont là pour soutenir, écouter et orienter la personne en souffrance. En tant que soignant nous avons pour rôle de les connaître ou savoir où les trouver. Ils peuvent toujours nous servir, et nous pouvons les communiquer aux personnes qui en auront besoin. Notre dossier reprend le déroulement d'un accompagnement de personne en situation de maltraitance, observer la situation, analyser les comportements, transmettre, faire passer un message délicat, contacter de l'aide en cas de besoin. Nous avons les outils pour faire face à ce genre de situation. Il est quand même intéressant de se questionner sur la suite de l'accompagnement. Quelle est le rôle de l'aide-soignante ? Nous allons procéder à un suivi, pour nous assurer que la personne reste encadrée.

11. Le suivi

Les transmissions sont un outil essentiel pour une équipe médicale afin de prodiguer un suivi de qualité au patient. Elles jouent un rôle primordial dans notre métier. Nous devons savoir

⁷³ Relatif aux relations à l'intérieur de l'union entre deux époux.

<https://www.lalanguefrancaise.com/dictionnaire/definition/intraconjugal> (consulté le 23/02/2021)

garder un dossier médical à jour, des transmissions quotidiennes entre collègues, un dialogue régulier est la clef d'un travail de qualité. Il est important de toujours rester objectif dans nos transmissions, de noter l'évolution de la situation même si la victime ne se plaint pas. Informer dans le dossier patient les dires de la victime et de l'entourage, nous devons aussi reporter nos propres observations, sans jugement personnel, de manière objective. Les prises de rendez-vous chez le médecin, chez un spécialiste ou si des contacts ont été pris doivent également être retranscrites. Si la victime a vu un médecin il faut conserver le certificat médical qui atteste de l'état du patient. Ce document doit être daté et signé par le professionnel de soin. En cas de plainte au service de l'ordre, pour pouvoir porter plainte par la suite ou s'il y a récurrence. Néanmoins, il faudra s'assurer de l'état émotionnel du patient. Pour cela il nous faudra rester en contact avec la victime à intervalle régulier et avec son entourage personnel, professionnel et médical. Si la personne quitte son lieu de vie ou quitte nos services il en est de notre devoir de nous assurer que le dossier médical suive le patient dans sa nouvelle demeure. Le fait d'observer, faire attention à son prochain le fait de transmettre la collecte de données, les transmissions orales et écrites font parties d'un "bon" suivi. La bienveillance est là !

Conclusion

Ce travail de fin d'étude, nous a permis d'affiner nos connaissances sur la maltraitance, et d'en comprendre les signes afin de protéger davantage les personnes soignées. Pour conclure ce travail, nous allons essayer de répondre à la question de départ : comment déceler les signes de maltraitance sur la personne soignée ?

Pour en arriver à cette conclusion nous avons travaillé trois grandes parties :

- Contextuelle
- Conceptuelle
- Pratique

Nous retenons de ce dossier que chaque être humain a des émotions, un ressenti propre à lui-même. L'aide-soignant accompagne des personnes qui évoluent dans des milieux différents. La maltraitance peut être partout autour de nous de façon plus ou moins visible... parfois très bien camouflée... Il est de notre rôle de soignant d'être vigilant aux différents signes indicateurs de celle-ci. Le soignant évolue avec une équipe pluridisciplinaire avec qui il transmet toutes ses observations à l'écrit et également à l'oral. La maltraitance peut toucher tout le monde mais d'autant plus les personnes soignées. Elles sont plus vulnérables due à leur état de faiblesse physique et émotionnelle. Le premier rôle de l'aide-soignant est d'observer les changements, les comportements, les attitudes du patient, les signes cliniques et également le comportement des personnes qui l'entourent. La maltraitance peut prendre différentes formes, physique, psychologique, sexuelle ou par négligence... Nous avons abordé plusieurs types de maltraitance c'est pourquoi notre rôle est essentiel. Nous devons être vigilant et observateur sur tous les fronts pour veiller au mieux sur la personne soignée. L'avantage de l'intervention d'un aide-soignant, c'est sa présence constante en roulement auprès des personnes soignées. Quelqu'un qui subit des maltraitements sera confronté à la douleur qu'elle soit physique ou morale. La douleur n'est pas forcément souffrance mais la souffrance est due à une douleur. La douleur a un rôle essentiel dans notre vie, elle sert à ne pas dépasser les limites pour éviter de léser encore plus le corps. Nous ne pouvons pas définir la douleur à la place de la personne elle-même. Elle est propre à chacun.

Chaque situation de maltraitance mettra en scène un agresseur et une victime. Il n'y a pas de profil type pour être ou devenir agresseur. Tout le monde est susceptible à un moment de sa vie de le devenir. Le rôle de l'aide-soignant face à la personne soignée est d'observer, de

connaître, reconnaître les signes d'inconfort, de mal être et de maltraitance. Le partage des transmissions à l'orale et à l'écrit est primordiale pour un suivi optimal de l'équipe, car l'aide-soignant travail sous le contrôle de l'infirmière dans une équipe pluridisciplinaire. Nous avons pour rôle de toujours être vigilant car il n'y a pas que l'entourage qui peut affliger des maltraitances, même les professionnels de santé peuvent devenir agresseur, parfois sans même s'en rendre compte, par négligence. La remise en question de notre travail doit être d'application tout au long de notre carrière. Nous avons pour rôle de toujours rester objectif dans nos transmissions, la bienveillance et le non jugement sont d'applications.

La bienveillance et la bientraitance doivent être notre priorité. La remise en question de nos gestes du quotidien : soin, paroles... est un gage de qualité de notre travail. Un professionnel qui travaille dans une équipe bien structurée avec des collègues en conséquence pourra limiter la maltraitance institutionnelle.

Pouvons-nous dire que nous avons répondu à notre questionnement de départ ? Oui l'observation, la communication et les transmissions, vont nous apporter des réponses.

Les institutions qui encadrent des professionnels de santé sont également des acteurs. En prenant soins de leur personnel ils favorisent un travail optimal, de qualité.

Maintenant la bienveillance et la bientraitance sont essentielles pour un travail de qualité, nous tenterons d'appliquer ces valeurs tout au long de notre carrière.

« La vie est un processus continuels d'ajustement et de réajustement⁷⁴ »

« La bienveillance n'est ni égoïste ni intéressée elle est simplement généreuse⁷⁵ »

⁷⁴ Citation d'Indira Gandhi <https://apprendreaeduquer.fr/55-citations-inspirantes-sur-leducation-positive/> (consulté le 12/05/2021)

⁷⁵ Citation de Patrick Louis Richard <https://citation-celebre.leparisien.fr/citations/125145> (consulté le 12/05/2021)

Annexe

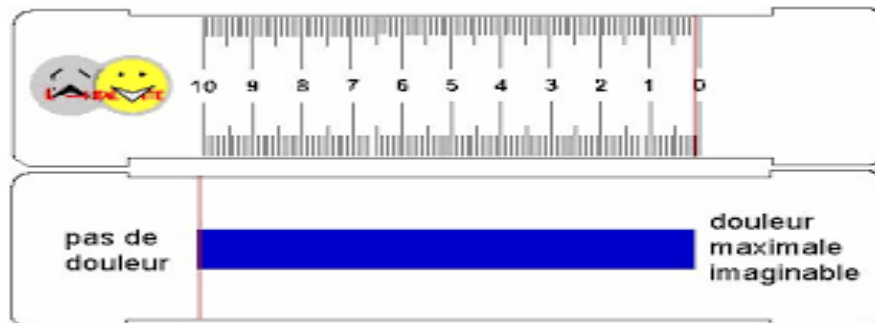
- 1) Echelle de Katz pour définir de l'autonomie de la personne nous en parlons en partie contextuelle en point 4.4 page 6.

CRITERE	Ancien Score	Nouveau Score	1	2	3	4
SE LAVER			est capable de se laver complètement sans aucune aide	a besoin d'une aide partielle pour se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture	a besoin d'une aide partielle pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture	doit être entièrement aidé pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture
S'HABILLER			est capable de s'habiller et de se déshabiller complètement sans aucune aide	a besoin d'une aide partielle pour s'habiller au-dessus ou en dessous de la ceinture (sans tenir compte des lacets)	a besoin d'une aide partielle pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture	doit être entièrement aidé pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture
TRANSFERT ET DEPLACEMENTS			est autonome pour le transfert et se déplace de façon entièrement indépendante, sans auxiliaire(s) mécanique(s), ni aide de tiers	est autonome pour le transfert et ses déplacements moyennant l'utilisation d'auxiliaire(s) mécanique(s) (béquille(s), chaise roulante...)	a absolument besoin de l'aide de tiers pour au moins un des transferts et/ou ses déplacements	est grabataire ou en chaise roulante et dépend entièrement des autres pour se déplacer
ALLER A LA TOILETTE			est capable d'aller seul à la toilette, de s'habiller et de s'essuyer	a besoin d'aide pour un des trois items: se déplacer ou s'habiller ou s'essuyer	a besoin d'aide pour deux des trois items: se déplacer et/ou s'habiller et/ou s'essuyer	doit être entièrement aidé pour les trois items: se déplacer et s'habiller et s'essuyer
CONTINENCE			est continent pour les urines et les selles	est accidentellement incontinent pour les urines ou les selles (sonde vésicale ou anus artificiel compris)	est incontinent pour les urines (y compris exercices de miction) ou les selles	est incontinent pour les urines et les selles
MANGER			est capable de manger et de boire seul	a besoin d'une aide préalable pour manger ou boire	a besoin d'une aide partielle pendant qu'il mange ou boit	le patient est totalement dépendant pour manger ou boire
CRITERE			1	2	3	4
TEMPS (2)			pas de problème	de temps en temps, rarement des problèmes	des problèmes presque chaque jour	totalément désorienté ou impossible à évaluer
ESPACE (2)			pas de problème	de temps en temps, rarement des problèmes	des problèmes presque chaque jour	totalément désorienté ou impossible à évaluer

Auto-évaluation de l'adulte

Comme décrite en partie conceptuelle dans le point 6.2 en page 20

2) Échelle Visuelle Analogique⁷⁷.



3) Échelle Numérique⁷⁸.



4) Échelle Verbale Simple⁷⁹

Pour préciser l'importance de votre douleur répondez en entourant la réponse correcte pour chacun des 3 types de douleur :

Douleur Au moment présent	0 absente	1 faible	2 modérée	3 intense	4 extrêmement intense
Douleur habituelle Depuis les 8 derniers jours	0 absente	1 faible	2 modérée	3 intense	4 extrêmement intense
Douleur la plus intense Depuis les huit derniers jours	0 absente	1 faible	2 modérée	3 intense	4 extrêmement intense

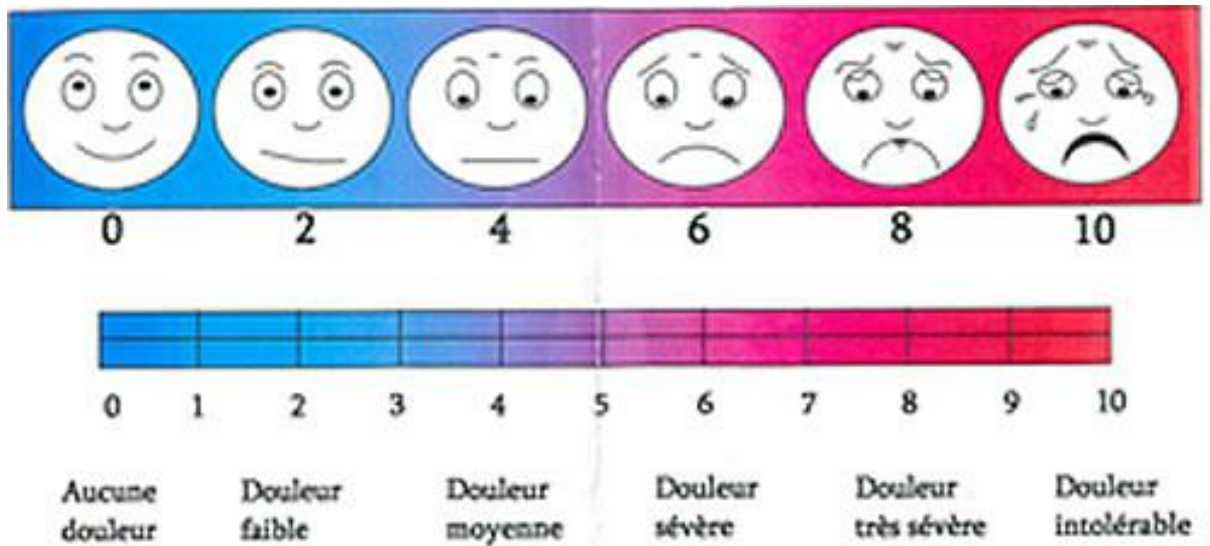
⁷⁷ http://www.antalvite.fr/pdf/echelle_visuelle_analogique.htm (consulté le 21/02/2021)

⁷⁸ <http://www.brainberry.fr/mesure-douleur/> (consulté le 19/02/2021)

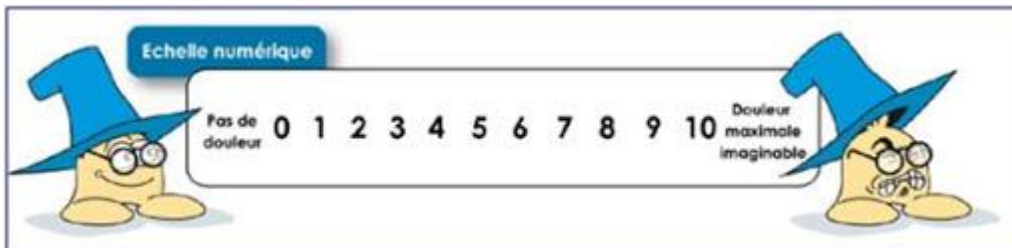
⁷⁹ <http://www.sfap.org/document/les-echelles-de-la-douleur-adulte-echelles-d-auto-evaluation> (consulté le 21/02/2021)

Auto-évaluation de l'enfant

5) Echelle de visages⁸⁰



6) Échelle Visuelle Analogique⁸¹



7) Échelle Numérique⁸²



⁸⁰ <https://mandragoremedecine.com/evaluation-de-la-douleur/> (consulté le 19/02/2021)

⁸¹ <http://www.sfap.org/document/les-echelles-de-la-douleur-adulte-echelles-d-auto-evaluation> (consulté le 19/02/2021)

⁸² <http://www.brainberry.fr/mesure-douleur/> (consulté le 19/02/2021)

Les différentes échelles pour évaluer la douleur

- 8) L'échelle dévaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée nous en parlons page 21 en pont 6.2.

ÉVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

Échelle ECPA

I - OBSERVATION AVANT LES SOINS	
1/ EXPRESSION DU VISAGE : REGARD ET MIMIQUE	
Visage détendu	0
Visage soucieux	1
Le sujet grimace de temps en temps	2
Regard effrayé et/ou visage crispé	3
Expression complètement figée	4
2/ POSITION SPONTANÉE au repos (recherche d'une attitude ou position antalgique)	
Aucune position antalgique	0
Le sujet évite une position	1
Le sujet choisit une position antalgique	2
Le sujet recherche sans succès une position antalgique	3
Le sujet reste immobile comme cloué par la douleur	4
3/ MOUVEMENTS (OU MOBILITÉ) DU PATIENT (hors et/ou dans le lit)	
Le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude*	0
Le sujet bouge comme d'habitude* mais évite certains mouvements	1
Lenteur rareté des mouvements contrairement à son habitude*	2
Immobilité contrairement à son habitude*	3
Absence de mouvement** ou forte agitation contrairement à son habitude*	4
<small>* se référer au(x) jour(s) précédent(s) ** ou prostration N.B. : les états végétatifs correspondent à des patients ne pouvant être évalués par cette échelle</small>	
4/ RELATION À AUTRUI	
Il s'agit de toute relation, quel qu'en soit le type : regard, geste, expression...	
Même type de contact que d'habitude*	0
Contact plus difficile à établir que d'habitude*	1
Évite la relation contrairement à l'habitude*	2
Absence de tout contact contrairement à l'habitude*	3
Indifférence totale contrairement à l'habitude*	4
<small>* se référer au(x) jour(s) précédent(s)</small>	
II - OBSERVATION PENDANT LES SOINS	
5/ Anticipation ANXIEUSE aux soins	
Le sujet ne montre pas d'anxiété	0
Angoisse du regard, impression de peur	1
Sujet agité	2
Sujet agressif	3
Cris, soupirs, gémissements	4
6/ Réactions pendant la MOBILISATION	
Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une attention particulière	0
Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation et les soins	1
Le sujet retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins	2
Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins	3
Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins	4
7/ Réactions pendant les SOINS des ZONES DOULOUREUSES	
Aucune réaction pendant les soins	0
Réaction pendant les soins, sans plus	1
Réaction au TOUCHER des zones douloureuses	2
Réaction à l'EFFLEUREMENT des zones douloureuses	3
L'approche des zones est impossible	4
8/ PLAINTES exprimées PENDANT le soin	
Le sujet ne se plaint pas	0
Le sujet se plaint si le soignant s'adresse à lui	1
Le sujet se plaint dès la présence du soignant	2
Le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée	3
Le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée	4
PATIENT	
NOM :	Prénom :
Sexe :	Âge :
Date :	Service :
Heure :	Nom du Cotateur :
SCORE	

83

- 9) ⁸⁴Echelle Algoplus qui nous sert à évaluer la douleur chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale. Elle a été abordé au point n°6.2 en page n°21



Evaluation de la douleur

Echelle d'évaluation comportementale de la douleur aiguë chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale

Identification du patient

Date de l'évaluation de la douleur/...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....						
Heureh.....h.....h.....h.....h.....h.....						
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
1 • Visage Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.												
2 • Regard Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.												
3 • Plaintes « Aïe », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris.												
4 • Corps Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.												
5 • Comportements Agitation ou agressivité, agrippement.												
Total OUI	■ /5		■ /5		■ /5		■ /5		■ /5		■ /5	
Professionnel de santé ayant réalisé l'évaluation	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe.	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe.	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe.	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe.	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe.	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe.						

Echelle téléchargée sur le site www.sfetd-douleur.org



⁸⁴ Algoplus <https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2019/08/algoplus.pdf> (consulté le 21/02/2021)

10) Echelle Doloplus est une échelle qui nous permet d'observer les comportements afin d'évaluer les douleurs. Nous l'abordons dans le point n° 6.2 en page n°21

85

ÉVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

Échelle DOLOPLUS®

NOM : _____
Prénom : _____
Service : _____

DATES

--	--	--	--

OBSERVATION COMPORTEMENTALE

RETENTISSEMENT SOMATIQUE

1. PLAINTES SOMATIQUES	• pas de plainte	0	0	0	0
	• plaintes uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	• plaintes spontanées occasionnelles	2	2	2	2
	• plaintes spontanées continues	3	3	3	3
2. POSITIONS ANTALGIQUES AU REPOS	• pas de position antalgique	0	0	0	0
	• le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle	1	1	1	1
	• position antalgique permanente et efficace	2	2	2	2
	• position antalgique permanente inefficace	3	3	3	3
3. PROTECTION DE ZONES DOULOUREUSES	• pas de protection	0	0	0	0
	• protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins	1	1	1	1
	• protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins	2	2	2	2
	• protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	3	3	3	3
4. MIMIQUE	• mimique habituelle	0	0	0	0
	• mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1	1	1	1
	• mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	2	2	2	2
	• mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide)	3	3	3	3
5. SOMMEIL	• sommeil habituel	0	0	0	0
	• difficultés d'endormissement	1	1	1	1
	• réveils fréquents (agitation motrice)	2	2	2	2
	• insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3	3	3	3

RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR

6. TOILETTE ET/OU HABILLAGE	• possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	• possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet)	1	1	1	1
	• possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels	2	2	2	2
	• toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative	3	3	3	3
7. MOUVEMENTS	• possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	• possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche)	1	1	1	1
	• possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements)	2	2	2	2
	• mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	3	3	3	3

RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL

8. COMMUNICATION	• inchangée	0	0	0	0
	• intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)	1	1	1	1
	• diminuée (la personne s'isole)	2	2	2	2
	• absence ou refus de toute communication	3	3	3	3
9. VIE SOCIALE	• participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques,...)	0	0	0	0
	• participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	• refus partiel de participation aux différentes activités	2	2	2	2
	• refus de toute vie sociale	3	3	3	3
10. TROUBLES DU COMPORTEMENT	• comportement habituel	0	0	0	0
	• troubles du comportement à la sollicitation et itératifs	1	1	1	1
	• troubles du comportement à la sollicitation et permanents	2	2	2	2
	• troubles du comportement permanents (en dehors de toute sollicitation)	3	3	3	3

SCORE

--	--	--	--

Bibliographie

- a) Bernard Hoerni dans son livre *Ethique et déontologie médicale*, 2^e édition Masson, juin 2000
136.p
- b) PAILLART Christine. Dictionnaire des concepts en soins infirmiers. 2^eème édition. Noisy le grand : SETES, 2015. ISBN : 979-10-91515-28-3 522p.

Sitographie

https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/violence_personnes_agees_fiche_8292411_fr.pdf (consulté le 02/02/2021)

<http://www.lereservoir.eu/PDF/YP/AS%20UE%203%20COMMUNICATION%20APPLIQUEE.pdf> consulté le 21/02/2021)

<https://www.ecouteviolencesconjugales.be/qui-sommes-nous/les-poles-de-ressources/accueil/>
(consulté le 23/02/2021)

<https://www.police.be/5299/questions/violences/qui-contacter-en-cas-de-violences-intrafamiliales> (consulté le 23/02/2021)

<https://www.amnesty.be/campagne/droits-femmes/les-violences-conjugales/contacts-utiles-violences-conjugales> (consulté le 23/02/2021)

<https://www.canalvie.com/sante-beaute/sante/prevention-et-maladies/violence-aines-1.1294882> (consulté le 23/02/2021)

<https://www.infirmiers.com/forum/tfe-la-maltraitance-entre-conjoint-a-domicile-t86602.html#p3209254> (consulté le 23/02/2021)

<https://www.besafe.be/fr/themes-de-securite/violence/la-maltraitance-envers-les-seniors>
(consulté le 23/02/2021)

<https://www.canalvie.com/sante-beaute/sante/prevention-et-maladies/violence-aines-1.1294882> (consulté le 21/02/2021)

https://www.couplesfamilles.be/index.php?option=com_content&view=article&id=262:lutter-contre-la-maltraitance-aux-personnes-agees&catid=6&Itemid=108#:~:text=La%20violence%20civique%20concerne%20les,contraire%20privation%20des%20m%C3%A9dicaments%20prescrits. (Consulté le 20/02/2021)

<https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/omettre/> (consulté le 16/02/2021)

https://fr.wikipedia.org/wiki/Maltraitance#Psychologie_et_psychanalyse (consulté le 20/02/2021)

https://www.google.com/search?rlz=1C1CHBF_frFR881FR882&sxsrf=ALeKk01N46jsm7_I_XZPm3cGPHKD8CYQFMQ%3A1611132100944&ei=xOwHYIX1ONL6kwXGqqLwCg&q=maltraitance+a+domicile+aide+soignante+livre&oq=maltraitance+a+domicile+aide+soignante+livre&gs_lcp=CgZwc3ktYWIQAzoECAAAQRzoECCMQJ1DW3AIYpvoJYM78CWgBcAJ4AIABoAGIAbcLkgEEMTIuNJgBAKABAaoBB2d3cy13aXrIAQjAAQE&sclient=psy-ab&ved=0ahUKEwiF57_kjgruAhVS_aQKHUaVCK4Q4dUDCA0&uact=5 (consulté le 13/02/2021)

<https://www.rts.ch/decouverte/monde-et-societe/economie-et-politique/enfants-en-souffrance/9831653-les-formes-de-maltraitance.html> (consulté le 04/02/2021)

https://fr.wikipedia.org/wiki/Maltraitance_des_adultes (consulté le 06/02/2021)

<https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/ambivalence/> (consulté le 03/03/2021)

https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_331B_Maltraitance_personnes_agees_Synthese.pdf (consulté le 04/03/2021)

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/autorit%C3%A9/6838#:~:text=Ensemble%20de%20qualit%C3%A9s%20par%20lesquelles,%3A%20Manquer%20d'autorit%C3%A9%20pe>

<https://www.msmanuals.com/fr/accueil/la-sant%C3%A9-des-personnes->

<https://www.msmanuals.com/fr/accueil/la-sant%C3%A9-des-personnes-%C3%A2g%C3%A9es/maltraitance-des-personnes->

<https://www.msmanuals.com/fr/accueil/la-sant%C3%A9-des-personnes-%C3%A2g%C3%A9es/pr%C3%A9sentation-de-la-maltraitance-des-personnes->

<https://www.msmanuals.com/fr/accueil/la-sant%C3%A9-des-personnes-%C3%A2g%C3%A9es/ersonnelle>. (Consulté le 06/02/2021)

<https://www.silvereco.fr/maltraitance-des-personnes-agees-prevenir-reconnaitre-les-signes-et-lutter-contre-le-phenomene/3159184> (consulté le 15/03/2021)

<https://www.soignantenehpad.fr/pages/maltraitance/les-causes-possibles-de-maltraitance-envers-les-aines.html> (consulté le 23/03/2021)

http://www.entraide-esi-ide.com/pdf/TFE/TFE_031.pdf (consulté le 23/03/2021)

<https://www.cnrtl.fr/definition/soignant> (consulté le 06/02/2021)

<https://www.cnrtl.fr/definition/soign%C3%A9//1> (consulté le 06/02/2021)

<https://www.vivalavie.be/> (consulté le 06/02/2021)

<https://www.cairn.info/la-vie-en-mas-quel-accompagnement--9782749251943-page-15.htm> (consulté le 06/02/2021)

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/somatique/73378> (consulté le 15/04/2021)

<http://sante.wallonie.be/?q=aines/dispositifs/maison-de-repos/> (consulté le 06/02/2021).

<http://sante.wallonie.be/?q=aines/dispositifs/maison-de-repos-et-de-soins/> (consulté le 06/02/2021).

<https://www.lerobert.com/google-dictionnaire-fr?param=n%C3%A9gligence> (consulté le 23/03/2021)

<https://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/bientraitance/185829?fbclid=IwAR2Vi-X9eIX3aZVJRxiqzcUhGiQR7NbifLbozp3eqOydLAXxoHDvs7Wydcc> (consulté le 08/05/2021)

https://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/fr/?fbclid=IwAR1Qtb9wHz0gC9XG0JM3zgsC90irVweNO2AGY33Xjy-v7NpyYXv729N-hzo (consulté le 08/05/2021)

<https://www.cnrtl.fr/definition/bienveillance> (consulté le 07/02/2021)

<http://www.cnrtl.fr/definition/negligeance> (consulté le 06/04/2021)

<https://www.lerobert.com/google-dictionnaire-fr?param=n%C3%A9gligence> (consulté le 12/02/2021)

https://www.who.int/topics/child_abuse/fr/ (consulté le 05/02/2021)

<https://www.who.int/topics/violence/fr/#:~:text=La%20violence%20est%20l'utilisation,de%20d%C3%A9veloppement%20ou%20un%20d%C3%A9c%C3%A8s>. (Consulté le 12/02/2021)

<https://www.cnrtl.fr/definition/neuroleptique> (consulté le 07/04/2021)

<https://fr.wikipedia.org/wiki/Boulimie> (consulté le 12/02/2021)

<https://www.lerobert.com/google-dictionnaire-fr?param=anorexie> (consulté le 12/02/2021)

<https://fr.wikipedia.org/wiki/Automutilation#:~:text=L'automutilation%20se%20caract%C3%A9rise%20par,DSM%2D%20IV%20%2DTR> (consultée le 12/02/2021)

https://fr.wikipedia.org/wiki/Injure_et_outrage_en_droit_fran%C3%A7ais (consulté le 04/05/2021)

<https://fr.wikipedia.org/wiki/Rite> (consulté le 14/02/2021)

<https://www.cnrtl.fr/definition/ressenti#:~:text=%E2%88%92%20%C3%89prouver%20une%20sensation%20physique%2C%20en,%2C%20le%20froid%2C%20un%20malaise>. (Consulté le 11/02/2021)

<https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Qualite-de-vie/Douleur/La-douleur-c-est-quoi?fbclid=IwAR115k-7vA1wTQ3tzW2rT-FCcIIWq6gcdmPQS0nLANPOoPSogxFrIXHNrMU>

(consulté le 19/02/2021)

<https://www.cnrtl.fr/definition/douleur> (consulté le 15/02/2021)

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/neurophysiologie/54406> (consulté le 15/03/2021)

<https://fr.wikipedia.org/wiki/Hippocrate> (consulté le 07/04/2021)

[https://www.cnrtl.fr/definition/incomber#:~:text=%E2%88%92%20Incomber%20%C3%A0%20qqn%20\(pers.,t%C3%A2che%20incombant%20%C3%A0%20une%20personne.](https://www.cnrtl.fr/definition/incomber#:~:text=%E2%88%92%20Incomber%20%C3%A0%20qqn%20(pers.,t%C3%A2che%20incombant%20%C3%A0%20une%20personne.)

(Consulté le 15/03/2021)

<https://www.dictionnaire-synonyme.com/synonyme-induire-en-erreur> (consulté le 18/02/2021)

<https://www.cnrtl.fr/definition/souffrance> (consulté le 15/02/2021)

<https://www.cnrtl.fr/definition/psychique> (consulté le 15/02/2021)

<https://www.cnrtl.fr/definition/psychiatre> (consulté le 15/02/2021)

<https://www.cnrtl.fr/definition/psychologue> (consulté le 15/02/2021)

<https://www.cnrtl.fr/definition/agresseur#:~:text=et%20adj.-.AGRESSEUR%2C%20EUSE%2C%20subst.,qu'il%20y%20soit%20provoqu%C3%A9.>

(Consulté le 09/02/2021)

<https://www.infirmiers.com/forum/difference-entre-objectif-et-subjectif-t33152.html> (consulté le 22/02/2021)

https://www.lerobert.com/google-dictionnaire-fr?param=physiologique&fbclid=IwAR3krFzkgHNfkdaZgJt_7-3B2ssG6lwZ54f68U2NppBVDwtgB0Q0hTd_3g (consulté le 11/05/2021)

https://archives.enmarche.be/Mutualite_service/Conseils_juridiques/archives/Qui_peut_decider_de_lentree_en_maison_de_repos_3novembre2011.htm#:~:text=1.,d'aller%20vers%20cette%20solution. (Consulté le 11/05/2021)

<https://www.lerobert.com/google-dictionnaire-fr?param=factuel> (consulté le 04/05/2021)

<https://www.lerobert.com/google-dictionnaire-fr?param=affect> (consulté le 04/05/2021)

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43686/9789242594362_fre.pdf?sequence=1 (consulté le 13/02/2021)

<https://www.cnrtl.fr/definition/agresseur#:~:text=et%20adj.-.AGRESSEUR%2C%20EUSE%2C%20subst.,qu'il%20y%20soit%20provoqu%C3%A9.>

(Consulté le 09/02/2021)

https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg_2.pl?language=fr&nm=1867060850&la=F (consulté le 10/03/2021)

<https://www.lalanguefrancaise.com/dictionnaire/definition/intraconjugal> (consulté le 23/02/2021)

<https://citation-celebre.leparisien.fr/citations/125145> (consulté le 11/05/2021)

<https://apprendreaeducer.fr/55-citations-inspirantes-sur-leducation-positive/> (consulté le 11/05/2021)

<http://www.aide-soignant.be/echelle-katz/> (consulté le 11/05/2021)

http://www.antalvite.fr/pdf/echelle_visuelle_analogique.htm (consulté le 21/02/2021)

<http://www.brainberry.fr/mesure-douleur/> (consulté le 19/02/2021)

<http://www.sfap.org/document/les-echelles-de-la-douleur-adulte-echelles-d-auto-evaluation>
(consulté le 21/02/2021)

<https://mandragoremedecine.com/evaluation-de-la-douleur/> (consulté le 19/02/2021)

<http://www.sfap.org/document/les-echelles-de-la-douleur-adulte-echelles-d-auto-evaluation>
(consulté le 19/02/2021)

<http://www.brainberry.fr/mesure-douleur/> (consulté le 19/02/2021)

http://jpmiss2.free.fr/Divers/SFAR_2008/dou07/html/d07_01/dou07_01.htm (consulté le 19/02/2021)

<https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2019/08/algoplus.pdf> (consulté le 21/02/2021)

http://jpmiss2.free.fr/Divers/SFAR_2008/dou07/html/d07_01/dou07_01.htm (consulté le 19/02/2021)

<https://fr.wikipedia.org/wiki/Psychalgie#:~:text=La%20psychalgie%20peut%20d%C3%A9signer%203A,est%20pas%20li%C3%A9%20au%20physique> (consulté le 16/05/2021)

<https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/algologie/> (consulté le 15/05/2021)

<https://www.medtronic.com/ca-fr/votre-sante/troubles-medicaux/douleur-chronique.html#:~:text=La%20douleur%20chronique%20est%20une,continue%20de%20douleur%20peut%20exister.&text=La%20douleur%20chronique%20est%20une,continue%20de%20douleur%20peut%20exister.> (Consulté le 15/05/2021)

<https://www.senate.be/www/?MIval=publications/viewPub&COLL=S&PUID=67109261&TID=67109421&POS=1&LANG=fr#:~:text=%C2%AB%20L'emprisonnement%20sera%20de%20quinze,apparente%20ou%20connue%20de%20> (consulté le 15/05/2021)

https://www.one.be/fileadmin/user_upload/siteone/PRO/Milieux_accueil/Flash_accueil/Guide-juridique/FA18-suspicion-maltraitance.pdf (consulté le 15/05/2021)

<https://wikiwiph.aviq.be/Pages/Secret-professionnel-et-secret-professionnel-partag%C3%A9.aspx#:~:text=L'article%20422%20bis%20du,pour%20emp%C3%A4cher%20un%20grave%20danger.> (Consulté le 16/05/2021)

[La maltraitance envers les seniors | Besafe](#) (consulté le 16/05/2021)

[La maltraitance infantile : Actualités du droit belge \(actualitesdroitbelge.be\)](http://actualitesdroitbelge.be) (consulté le 16/05/2021)

[Le respect des seniors... Un sujet maltraité \(cybernet.be\)](http://cybernet.be) (consulté le 16/05/2021)

http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&table_name=loi&la=F&cn=1994021730&fbclid=IwAR2_rSxIpD-

[h6Dkl1UnEAfRVDX4ZcXYpivZovNZzb9_1EXbc3Xtxs9xkarY](http://www.senate.be/www/?MIval=%2Fpublications%2FviewPub&TID=50331948&LANG=fr&fbclid=IwAR1rzsAISQCvBt9rrYauA0znP7hDcc4Qxda0K8UiMFxuHpC2wjA_Z0YVdv) (consulté le 16/05/2021)

https://www.senate.be/www/?MIval=%2Fpublications%2FviewPub&TID=50331948&LANG=fr&fbclid=IwAR1rzsAISQCvBt9rrYauA0znP7hDcc4Qxda0K8UiMFxuHpC2wjA_Z0YVdv

[0](https://justice.belgium.be/fr/nouvelles/autres_communiques/news_2012-02-15_2?fbclid=IwAR2-cdzhAadiQgpI5CLUow1dd2iciUKGBeZg0GTh4D6kMu-iG7-dGgmh13A) (consulté le 16/05/2021)

[https://justice.belgium.be/fr/nouvelles/autres_communiques/news_2012-02-](https://justice.belgium.be/fr/nouvelles/autres_communiques/news_2012-02-15_2?fbclid=IwAR2-cdzhAadiQgpI5CLUow1dd2iciUKGBeZg0GTh4D6kMu-iG7-dGgmh13A)

[15_2?fbclid=IwAR2-cdzhAadiQgpI5CLUow1dd2iciUKGBeZg0GTh4D6kMu-iG7-](https://justice.belgium.be/fr/nouvelles/autres_communiques/news_2012-02-15_2?fbclid=IwAR2-cdzhAadiQgpI5CLUow1dd2iciUKGBeZg0GTh4D6kMu-iG7-dGgmh13A)

[dGgmh13A](https://justice.belgium.be/fr/nouvelles/autres_communiques/news_2012-02-15_2?fbclid=IwAR2-cdzhAadiQgpI5CLUow1dd2iciUKGBeZg0GTh4D6kMu-iG7-dGgmh13A) (consulté le 16/05/2021)

<http://www.legal-it.be/pdf/personnes-vulnerables-destabilisation-et-abus-1.pdf> (consulté le 16/05/2021)