

# Le dossier

## VIOLENCE ET MALTRAITANCE : RÉTROSPECTIVE

**Aussi loin que nous puissions nous replonger dans nos mémoires respectives et dans les archives des programmes de formation en notre possession, le sujet de violence/maltraitance a toujours eu une place dans la formation des futurs infirmiers<sup>1</sup> à la HEdS La Source, mais également dans les programmes post-grades destinés aux infirmières scolaires et aux infirmières de santé publique.**

Depuis 2012, L'Unité de Médecine des Violences (UMV) du Centre Universitaire Romand de Médecine Légale (CURML), en partenariat avec notre Ecole, propose une formation d'une année, le CAS<sup>2</sup> en «*Aspects et soins médico-légaux dans le domaine de la violence interpersonnelle*»<sup>3</sup>. Celui-ci permet à des professionnels de la santé, du social ou du judiciaire exerçant dans un secteur où ils sont confrontés (régulièrement ou épisodiquement) à des situations de violence de développer des compétences spécifiques à ce type de prise en charge.

Depuis septembre 2015, un nouveau partenariat entre l'UMV du CHUV et l'Ecole a abouti à une proposition spécifique de formation : le module «*Maltraitance envers les personnes âgées: aspects et soins médico-légaux*»<sup>4</sup>. Il permet aux professionnels en contact avec des personnes âgées (médecins, juristes, infirmiers, psychologues, assistants sociaux, fonctionnaires de police, ...), exerçant en pratique privée ou au sein de différents secteurs de soins, de développer des compétences clés et des attitudes professionnelles face aux situations de maltraitance envers les personnes âgées.

A Lausanne, le musée de la main organise dans le cadre de son exposition «Violences», un cycle de conférences ouvert à tous et gratuit<sup>5</sup>. L'Ecole est partenaire de deux événements: le premier concernant la maltraitance envers les aînés a eu lieu le 27 août dernier, le second sur l'âgisme<sup>6</sup> est prévu le 15 décembre 2015.



**La version complète de cet article  
peut être obtenue par courriel:  
c.ghaber@ecolelasource.ch**

**Corinne Ghaber  
Maître d'enseignement  
Institut et Haute Ecole  
de la Santé La Source**

<sup>1</sup> Ce qui est écrit au masculin se lit également au féminin

<sup>2</sup> Certificate of Advanced Studies: Certificat d'études avancées

<sup>3</sup> <http://www.ecolelasource.ch/nos-formations/formations-postgrades/cas-aspects-et-soins-medico-legaux.html>

<sup>4</sup> <http://www.ecolelasource.ch/nos-formations/formations-postgrades/module-maltraitance-personnes-agees-aspects-et-soins-medico-legaux.html>

<sup>5</sup> <http://www.museedelamain.ch/fr/101/a-voir>

<sup>6</sup> L'âgisme regroupe toutes les formes de discrimination, de ségrégation, de mépris fondées sur l'âge

# L'ENSEIGNEMENT DE LA VIOLENCE/MALTRAITANCE

**La thématique de la violence est abordée en 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> année de formation Bachelor sous différents angles: définitions, représentations, typologie, facteurs de risque, cadre légal, conséquences sur la santé et le développement, résultats de recherches, etc. Cette approche permet de mettre en évidence la complexité de la problématique et les enjeux en lien avec la posture professionnelle.**

Nous utilisons divers moyens didactiques pour susciter la réflexion et les réactions de nos étudiants. Le sujet de la violence conjugale les interpelle, qu'ils y aient été confrontés dans leur vie personnelle ou professionnelle, ou non. Leurs réactions soulignent la nécessité de ne pas faire l'impasse sur cette thématique dans une formation en soins infirmiers. En effet, les étudiants et futurs professionnels y seront inévitablement confrontés au cours de leur carrière, quel que soit le milieu de soins dans lequel ils travaillent. Il importe alors qu'ils puissent s'appuyer sur des connaissances théoriques actuelles et qu'ils aient conscience de la manière dont cette thématique sensible résonne en eux pour répondre de manière adéquate aux situations rencontrées.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (2014)<sup>1</sup>, «une femme sur trois est victime au cours de sa vie de violences physiques/sexuelles exercées par des partenaires intimes». La violence conjugale

concerne également les hommes, bien que cet aspect de la problématique soit encore tabou et que peu de données existent sur le sujet. Les violences ont des conséquences graves sur la santé, le développement et la sécurité des personnes. Elles constituent une atteinte aux droits fondamentaux. De plus, les violences ont un coût économique important, que ce soit de manière directe (p.ex. consultations médicales) ou indirecte (p.ex. absentéisme). C'est pour l'ensemble de ces raisons que la Suisse a pris position en reconnaissant les violences domestiques comme problème de santé publique prioritaire et en inscrivant la poursuite d'office de ce type de violences dans le cadre légal fédéral<sup>2</sup>.

Les appréciations des étudiants suite aux premiers enseignements donnés sur le sujet (conférence et séminaires théâtre-forum en 2<sup>ème</sup> année) nous ont conduites à proposer un module à option dédié à cette thématique.

<sup>1</sup> [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/status\\_report/2014/1579\\_VIP\\_Infographic\\_French\\_lowres\\_121214\\_Final.pdf?ua=1](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/1579_VIP_Infographic_French_lowres_121214_Final.pdf?ua=1)

<sup>2</sup> L'évolution du cadre légal suisse est développé dans un autre article

« Ce module a permis de parler de ce sujet sensible, voire tabou, qui nous concerne tous, aussi bien sur le plan privé que professionnel. »

Ce module à option (3<sup>ème</sup> année) répond au souhait des étudiants d'être plus outillés pour gérer les situations de violence/maltraitance rencontrées dans leur pratique. Il offre aux étudiants, de la Haute Ecole de la Santé La Source et de la Haute Ecole de Santé Vaud (HESAV), l'opportunité d'approfondir les concepts de violence/maltraitance, notamment à partir de l'expérience et du regard d'experts du terrain qui y sont confrontés au quotidien. Ce module comprend ainsi de nombreuses interventions d'experts et de professionnels de terrain, sur diverses thématiques : par exemple, épuisement parental et syndrome du bébé secoué, secret professionnel et cadre légal, LAVI<sup>3</sup>, risques liés aux nouvelles technologies, dépistage de la maltraitance envers les personnes âgées, accompagnement des auteurs de violence, ...

Cette option inclut également plusieurs visites d'institutions ainsi que la participation à un événement public sur le sujet (Congrès national, exposition, etc.). Par ailleurs, les étudiants sont engagés dans l'organisation et la réalisation d'une journée de sensibilisation et d'information sur la

thématique de la violence/maltraitance à l'occasion de la Journée internationale pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes<sup>4</sup> (25 novembre) sous l'égide des Nations Unies. Dans le cadre de cette journée, les étudiants proposent au sein de l'Ecole des stands d'information sur différents thèmes : p.ex. violence et handicap, violence et homosexualité, violence et mutilations génitales, etc. En 2014, cette action d'information organisée par les 20 étudiants du module a rencontré un franc succès, tant de leur part que de la part des visiteurs, qu'ils soient étudiants ou collaborateurs de l'Ecole. D'ailleurs, trois étudiantes s'expriment à ce sujet (réf. : pages 7 à 9).

Pour notre part, cette expérience a été très enrichissante du point de vue des échanges et de l'impact au sein de l'Ecole. Ce module a permis de parler de ce sujet sensible, voire tabou, qui nous concerne tous, aussi bien sur le plan privé que professionnel. L'intérêt grandissant rencontré par ce module nous incite par ailleurs à développer d'autres projets de sensibilisation en lien avec cette thématique. Nous espérons qu'ils rencontreront le même succès.



La version complète de cet article peut être obtenue par courriel :  
[d.rouletschwab@ecolelasource.ch](mailto:d.rouletschwab@ecolelasource.ch)  
[c.ghaber@ecolelasource.ch](mailto:c.ghaber@ecolelasource.ch)

**Delphine Roulet Schwab**  
 Professeur HES ordinaire  
 Docteure en psychologie  
 Institut et Haute Ecole  
 de la Santé La Source

**Corinne Ghaber**  
 Maître d'enseignement  
 Institut et Haute Ecole  
 de la Santé La Source

<sup>3</sup> Loi fédérale d'aide aux victimes d'infractions

<sup>4</sup> <http://www.un.org/fr/events/endviolenceday/>

# LES ÉTUDIANTS RACONTENT LEUR MODULE À OPTION

Trois étudiantes, qui sont aujourd'hui fraîchement diplômées, ont accepté de rencontrer César Turin pour témoigner de leur expérience durant le module à option en 3<sup>ème</sup> année Bachelor. Dans le cadre de travaux de groupe portant sur les thématiques violence et homosexualité, mutilations génitales féminines ou handicap, les étudiants se sont regroupés pour réfléchir ensemble sur la thématique de leur choix.

Cloé s'exprime sur le sujet inhérent à la violence-handicap, et sur son ressenti face à cette délicate thématique. Lyvia et Myriam quant à elles nous évoquent leur choix concernant les violences faites aux femmes ayant subi des mutilations génitales. Bilan positif pour ces modules qui offrent des outils judicieux pour affronter l'entrée dans le monde professionnel de ces futures diplômées infirmières. La parole est à elles.

## César Turin : Pourquoi as-tu choisi le module sur la violence ?

Cloé Mettraux: La présentation du module par Corinne Ghaber a énormément influencé mon choix de la thématique. La violence nous la côtoyons partout, mais durant notre cursus nous avons peu de cours sur ce sujet. C'était un module très riche avec des intervenants externes, tels que le médecin cantonal Karim Boubaker, dont l'intervention portait sur le secret médical, une juriste qui nous a donné un cours sur le droit des patients. Nous avons aussi assisté au congrès national sur les violences domestiques, à Berne. Nous avons le sentiment d'être des personnes très importantes (rires).

Nous avons aussi visité le centre Malley-Prairie qui accueille des femmes battues, nous avons eu l'occasion d'aller au centre des médecines des violences aux CHUV<sup>1</sup>. C'était réellement très formateur de pouvoir échanger avec des professionnels confrontés quotidiennement à la violence et le handicap.

Ils nous ont donné une vision très ample sur ces deux vastes thématiques, leurs enjeux, et l'accompagnement octroyé aux victimes. Les

connaissances acquises vont nous permettre de pouvoir réorienter nos patients plus rapidement et de façon efficiente.

Personnellement je n'ai pas choisi un groupe particulier, cela s'est fait par tirage au sort.

En stage, j'avais déjà accompagné des personnes en situation d'handicap. On rencontre aussi cette population dans la vie quotidienne, dans le bus, etc. C'était plutôt compliqué d'en discuter au début, mais une fois qu'on a exploré le sujet et que les langues se sont déliées c'était très instructif. Nous nous sommes confrontés à nos propres idées reçues sur un sujet que nous connaissions à peine.

Lors de la conclusion du module nous avons organisé un stand avec les responsables des modules et nous avons eu le sentiment que les gens étaient peu intéressés par le sujet, ou gênés de nous aborder. Cette thématique semble véhiculer des appréhensions et des tabous.

L'une des questions que nous posions, aux personnes qui s'approchaient de notre stand, était « *Violence et handicap, quels liens faites-vous ?* »

<sup>1</sup> Centre hospitalier universitaire vaudois

et celles-ci marquaient sur un post-it, un mot, une phrase évoquée par le sujet: ce qui est ressorti le plus souvent c'était que ces personnes étaient vulnérables, et différentes.

### **CT: Pourquoi est-ce nécessaire d'en parler ?**

CM: De façon générale, le handicap et la violence sont sujets aux tabous et aux stéréotypes. Selon le handicap, la personne peut présenter des difficultés à s'exprimer, en raison d'un trouble physique ou psychique. Ce qui a pour effet de l'isoler socialement, la marginaliser et de lui offrir moins de visibilité dans la vie publique.

Ensuite, il est facile de comprendre le lien entre le handicap et la maltraitance. La maltraitance n'est pas nécessairement physique. La marginalisation, la difficulté à discuter, à partager est aussi propice à générer des situations maltraitantes. En règle générale, nous avons aussi constaté que les femmes sont souvent plus sujettes à la maltraitance. Et le fait de rajouter à cela un handicap c'est, en quelque sorte, une double vulnérabilité.

### **CT: Quel est ton bilan de ce module ?**

CM: En tant qu'étudiante, j'y vois principalement deux grands acquis: premièrement, d'acquérir des connaissances pour pouvoir accompagner mes patients de manière bien plus efficiente en les redirigeant vers les lieux appropriés à leurs besoins immédiats. Deuxièmement, ce module me sensibilise à des choses dont je n'avais pas conscience ou dont j'ignorais l'existence. Cela me renvoie aussi à ma propre conception des sujets abordés et me rend consciente vis-à-vis des stéréotypes auxquels je dois faire face.

### **CT: Y a-t-il des manques que tu regrettes ? Un élément marquant durant ce module ?**

CM: Le module a duré deux semaines, j'aurais souhaité qu'il dure plus longtemps, c'était très condensé.

Un homicide sur deux en Suisse est dû à la violence conjugale, c'est ce qui m'a le plus marqué. Ce module n'offre pas nécessairement de solutions, mais il nous offre des outils pour être conscients que ces violences existent.

Merci en tout cas aux responsables du module d'avoir créé un module si riche et intéressant. Ce sont de grands acquis pour la suite de notre carrière professionnelle.

**Cloé Mettraux**  
3<sup>ème</sup> année HESAV<sup>2</sup>

Lyvia Fishman: J'ai choisi le module violence car je fais mon travail de Bachelor sur la prise en soin de femmes victimes d'abus sexuels, donc je me suis dit que la thématique du module était complémentaire à celui-ci. J'ai effectué mon stage aux urgences, j'ai donc aussi côtoyé ce type de victimes. Cela m'intéressait d'en comprendre l'origine. Les victimes sont rapidement dirigées en gynécologie et aussi dans le service des médecines de la violence, où elles sont accueillies par des médecins légistes qui constatent les blessures sexuelles.

Myriam Basak: Je me suis dit que l'on peut être confronté à la violence dans notre future pratique professionnelle et que je peux me sentir démunie face à ce genre de situations. J'ai pensé que cela serait un acquis non négligeable d'être sensibilisée à ce type de violence en particulier. C'est une thématique dont on parle rarement mais qui est le quotidien d'un type de population.

LF: Les mutilations sexuelles restent un sujet très tabou. Lorsque nous avons tenu notre stand nous avons constaté en discutant, que cela reste un sujet très peu connu. Donc c'était très valorisant pour nous, car nous avons eu le sentiment de vraiment transmettre des connaissances aux personnes rencontrées.

<sup>2</sup> Haute école de santé Vaud

MB: En effet c'était fort intéressant et relativement nouveau, dans le code pénal (2012) que les mutilations sexuelles sont punies.

LF: J'ai été assez étonnée, et nous étions tous intéressés. Nous nous sommes rendu compte que même en Suisse, le nombre d'excisions est très impressionnant. Des documents visuels nous ont montré l'impact des mutilations sur la personne et les problématiques engendrées par celles-ci.

MB: Ce module nous a donné des bases solides pour pouvoir intervenir auprès de cette population là, dans une optique d'accompagnement, de compréhension de leur vécu. Si nous sommes, dans notre pratique quotidienne future, confrontés à des cas de mutilations génitales, nous avons les ressources pour pouvoir en discuter avec l'équipe pluridisciplinaire.

LF: Les mutilations génitales nous concernent véritablement. En 2012, en Suisse, environ 17'700 femmes ont été excisées ou sont à risque d'excision. Ces chiffres sont considérables. Ce n'est donc pas une pratique ancestrale qu'il faut prendre à la légère.

MB: Le rôle infirmier primordial est d'axer nos actions sur la prévention. Par exemple rechercher des signes avant coureurs. Typiquement l'enfant qui est stressé à l'idée de partir en vacances dans son pays d'origine... Nous devons être attentifs à ces petits détails, explorer plus en aval ce qui se cache derrière cette crainte. Cela

peut se faire par un recueil d'informations auprès de l'enfant, auprès des parents. Nous pouvons aussi faire les premières démarches auprès de la femme enceinte, la questionner sur ce qu'elle pense de l'excision, évaluer le risque qu'encourt l'enfant à naître.

LF: C'est toujours plus simple de prévenir que de guérir, même s'il existe des possibilités de reconstruction par des moyens chirurgicaux. Donc, comme l'a suggéré Myriam, la prévention est le premier axe de notre intervention. Il faut toutefois veiller à ne pas aller trop à l'encontre de ce qui se pense. Le sujet est délicat, et tributaire de conflits de loyauté. Généralement ces pratiques sont ancrées dans une tradition, quelques fois millénaire! Ce ne sont pas des conditionnements culturels que l'on peut changer du jour au lendemain. Si nous sommes en contact avec une famille qui pratique ce type de rituels, c'est important d'y aller progressivement et non de manière brutale et directive. L'intention avant tout est de créer une relation de confiance avec la patiente et sa famille.

Lyvia et Myriam: En conclusion, d'une manière générale ce module est très riche en informations utiles pour notre pratique professionnelle. Merci aux responsables du module de nous avoir offert ces ressources!

**Lyvia Fishman**

3<sup>ème</sup> année Bachelor HESAV

**Myriam Basak**

3<sup>ème</sup> année HESAV



Interview réalisée par:

**César Turin**

Rédacteur Journal La Source  
Etudiant 2<sup>ème</sup> année Bachelor  
Volée automne 2012

# APERÇU DU CADRE LÉGAL FÉDÉRAL ET CANTONAL VAUDOIS

relatif à la violence/maltraitance et de son intégration dans l'enseignement  
dans le programme Bachelor actuel

Le Code Civil (CC), le Code Pénal (CP), la Loi de Protection de l'Adulte et de l'Enfant (LPAE), la Loi sur l'Aide aux Victimes d'Infractions (LAVI), la Loi d'application du droit fédéral de la protection de l'adulte et de l'enfant (LVPAE), la Loi vaudoise sur la Santé Publique (LSP/VD) et la Loi vaudoise sur la Protection des Mineurs (LProMin/VD) sont autant de lois qui sont présentées aux étudiants dans les divers enseignements consacrés à la violence/maltraitance dans l'enseignement Bachelor actuel. L'évolution du cadre légal nécessite une actualisation continue de ces contenus de formation. Pour ce dossier, nous avons fait le choix de présenter uniquement la LPAE et quelques éléments spécifiques au Canton de Vaud ressortant dans la LVPAE.

## La Loi de Protection de l'Adulte et de l'Enfant (LPAE)

Cette nouvelle loi fédérale, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2013, s'inscrit dans un contexte de changements sociétaux, comme il est relevé sur le site Internet de l'Etat de Vaud. Nous invitons le lecteur à prendre connaissance de ces changements et particulièrement tous les professionnels de la santé qui sont concernés par ces articles de loi. Les grands changements portent principalement sur de nouvelles mesures visant à renforcer le droit de la personne à disposer d'elle-même, ainsi que la place de la famille et des proches<sup>1</sup>. Nous en résumons ici les principaux :

Mesures personnelles anticipées :

- > mandat pour cause d'incapacité,
- > directives anticipées du patient.

Mesures appliquées de plein droit (sans qu'une quelconque démarche ne soit nécessaire) aux personnes incapables de discernement :

- > représentation par le conjoint/partenaire enregistré,
- > représentation dans le domaine médical
- > Protection de la personne résidant dans des institutions (établissement médico-social ou home)

Quatre formes de curatelles sont définies : curatelle d'accompagnement, de représentation, de coopération et de portée générale (anciennement tutelle)

- > Placement à des fins d'assistance (PLAFA) prononcés par la Justice de Paix et les médecins
- > Une nouvelle terminologie est utilisée : par ex. pupille est remplacé par personne, autorité tutélaire par autorité de protection, etc.
- > Les mesures de protection ne sont plus publiées dans la Feuille des avis officiels (FAO).

<sup>1</sup> Canton de Vaud (2015). Protection de l'adulte et de l'enfant. Repéré à <http://www.vd.ch/themes/etat-droit-finances/justice/reformes-judiciaires-codex-2010/protection-de-ladulte-et-de-lenfant/>

## La Loi Vaudoise d'application du droit fédéral de la Protection de l'Adulte et de l'Enfant (LVPAE)

Un article de la LVPAE qui est à mettre en lien avec la LProMin/VD concernant les mineurs en danger<sup>2</sup> :

### Art. 32 Signalement d'une situation d'un mineur ayant besoin d'aide

- 1 Toute personne qui, dans le cadre de l'exercice d'une profession, d'une charge ou d'une fonction en relation avec les mineurs, qu'elle soit exercée à titre principal, accessoire ou auxiliaire, a connaissance de la situation d'un mineur semblant avoir besoin d'aide, a l'obligation de la signaler simultanément à l'autorité de protection et au service en charge de la protection des mineurs.
- 2 Sont notamment astreints à cette obligation les membres des autorités judiciaires, scolaires et ecclésiastiques, les professionnels de la santé et les membres du corps enseignant, les intervenants dans le domaine du sport, les préfets, les municipalités, les fonctionnaires de police et les travailleurs sociaux, les éducateurs, les psychologues scolaires, les psychomotriciens et les logopédistes.

Selon la LVPAE et la LProMin/VD, tout professionnel travaillant auprès de mineurs a le devoir de signaler toute situation de mineur semblant avoir besoin d'aide simultanément : a) à l'autorité de protection (la Justice de Paix selon le CC), et b) au service en charge de la protection des mineurs (le Service de Protection de la Jeunesse (SPJ) dans le Canton de Vaud).

Le professionnel (au sens de la loi) qui ne respecte pas les articles susmentionnés concernant le signalement, s'expose à des sanctions définies notamment dans l'article 62 de la LProMin/VD<sup>3</sup>.

### En conclusion

L'éventail complexe de ces différentes dispositions légales, fédérales et cantonales, met en évidence le défi pour les professionnels de la santé de se situer dans le dispositif légal et de savoir y faire référence de manière adéquate. Ils doivent avoir conscience des enjeux tant pour la personne concernée, que ce soit un enfant, un adulte ou une personne âgée, que pour eux-mêmes. La formation en soins infirmiers devrait être à même de sensibiliser les futurs professionnels à ces aspects juridiques dont on ne peut faire l'impasse.



*La version complète de cet article  
peut être obtenue par courriel:  
d.rouletschwab@ecolelasource.ch  
c.ghaber@ecolelasource.ch*

*Delphine Roulet Schwab  
Professeur HE ordinaire  
Docteure en psychologie  
Institut et Haute Ecole  
de la Santé La Source*

*Corinne Ghaber  
Maître d'enseignement  
Institut et Haute Ecole  
de la Santé La Source*

<sup>2</sup> Loi d'application du droit fédéral de la protection de l'adulte et de l'enfant (LVPAE) du 29 mai 2012 (Etat au 01.01.2013) (RSV 211.255). Repéré à [http://www.rsv.vd.ch/rsvsite/rsv\\_site/doc.pdf?docId=944443&Pvigueur=&Padoption=&Pcurrent\\_version=9999&PetatDoc=vigueur&Pversion=s&docType=loi&page\\_format=A4\\_3&isRSV=true&isSjL=true&outformat=pdf&isModifiante=false](http://www.rsv.vd.ch/rsvsite/rsv_site/doc.pdf?docId=944443&Pvigueur=&Padoption=&Pcurrent_version=9999&PetatDoc=vigueur&Pversion=s&docType=loi&page_format=A4_3&isRSV=true&isSjL=true&outformat=pdf&isModifiante=false)

<sup>3</sup> Loi sur la Protection des Mineurs (LProMin/VD) du 4 mai 2004 (Etat au 01.01.2013) (RSV 850.41). Repéré à [http://www.rsv.vd.ch/rsvsite/rsv\\_site/doc.pdf?docId=5890&Pvigueur=&Padoption=&Pcurrent\\_version=9999&PetatDoc=vigueur&Pversion=s&docType=loi&page\\_format=A4\\_3&isRSV=true&isSjL=true&outformat=pdf&isModifiante=false](http://www.rsv.vd.ch/rsvsite/rsv_site/doc.pdf?docId=5890&Pvigueur=&Padoption=&Pcurrent_version=9999&PetatDoc=vigueur&Pversion=s&docType=loi&page_format=A4_3&isRSV=true&isSjL=true&outformat=pdf&isModifiante=false)



# PRISE EN CHARGE DE LA MALTRAITANCE PÉDIATRIQUE AU CHUV

**Selon la loi suisse<sup>1</sup>, toute personne qui, dans le cadre de l'exercice d'une profession, d'une charge ou d'une fonction en relation avec les mineurs, qu'elle soit exercée à titre principal, accessoire ou auxiliaire, a connaissance de la situation d'un mineur semblant avoir besoin d'aide, a l'obligation de la signaler simultanément à l'autorité de protection et au service en charge de la protection des mineurs.**

Dans le Département Médico-chirurgical de Pédiatrie (DMCP) du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), tous les soignants qui ont connaissance de telles situations doivent en informer d'abord le CAN Team. Le CAN Team (Child Abuse Neglect) ou Équipe Négligence et Maltraitance Infantile en français, est une structure pluridisciplinaire du CHUV qui se réunit régulièrement pour discuter de tous les cas avérés ou suspects et décider ensemble après évaluation, de la meilleure marche à suivre pour le bien-être de l'enfant. C'est le CAN Team qui s'occupera ensuite de signaler si besoin les enfants au SPJ (Service de Protection de la Jeunesse). Différents spécialistes composent cette équipe, créée il y a environ 20 ans sur mandat cantonal par le Dr. Jean-Jaques Cheseaux: travailleur-social, éducateur, psychologue, pédo-psychologue, infirmière, médecin. De plus, cette équipe collabore étroitement avec différents partenaires: le Centre LAVI (Loi fédérale sur l'Aide aux Victimes d'Infractions, un centre par canton qui propose des consultations gratuites et offre des conseils juridiques, financiers, ...),

diverses unités du CHUV dont l'UMV (Unité de Médecine des Violences), l'UMSA (Unité Multidisciplinaire de Santé des Adolescents), centres d'accueil (consultations Boréales pour toute personne ayant subi une violence, Malley Prairies pour l'hébergement des femmes et leurs enfants), pédiatre, médecin traitant, SPJ, OTG (Office du tuteur général), infirmières scolaires, puéricultrices de secteur, sages-femmes.

Le CAN Team a différents rôles: prévention si certains risques sont identifiés (jeunes parents, sevrage, violence subie dans l'enfance par un parent, enfant non désiré), identification des ressources des enfants, des parents et de l'entourage (faire appel à l'aide, qualité de la communication entre les parents, prise de conscience de la situation), soutien et orientation des mineurs et de leur famille, soutien et conseils aux équipes soignantes (situations chroniques, épuisement), protection de l'enfant en danger avec si besoin signalement au SPJ qui mettra en place des mesures préventives. Le Can Team agit sans jugement, écoute, aide, éva-

<sup>1</sup> Article 32 de la loi d'application du droit fédéral de la protection de l'adulte et de l'enfant

« Aux urgences pédiatriques de l'Hôpital de l'Enfance, les soignants voient entre 80 et 200 enfants par jour. Cela fait partie de leurs tâches de dépister la négligence et la maltraitance. »

lue et donne des ressources à la famille. Son but n'est pas forcément de signaler au SPJ et celui-ci ne retire par forcément l'enfant de sa famille. L'action choisie vise à préserver les intérêts de l'enfant et à favoriser le meilleur entourage pour sa santé physique et psychosociale.

Aux urgences pédiatriques de l'Hôpital de l'Enfance, les soignants voient entre 80 et 200 enfants par jour. Cela fait partie de leurs tâches de dépister la négligence et la maltraitance. Le rôle des infirmières est principalement de prévenir, d'informer et de sensibiliser la population. Si l'équipe soignante dépiste de la maltraitance, elle présente son évaluation de la situation au CAN Team qui peut discuter avec les parents pour apporter un soutien. Les infirmières sont également là pour mettre l'enfant en sécurité lors d'un danger avéré.

Selon deux soignantes interviewées, « il n'y a pas de signes spécifiques de maltraitance, mais plutôt des signes d'alarme, des drapeaux rouges, et plus ils sont nombreux plus il y a un risque de

maltraitance ». Pour ce qui est des brûlures par exemple, les lésions clairement délimitées ou qui ne diminuent pas en direction crânio-caudale (de la tête au pied) sont suspectes, de même que des traces laissées par des objets brûlants.

Grâce au groupe de travail sur la maltraitance, un protocole permet d'aider les soignants à déceler certains signes et comportements des enfants et des parents. Les signes suspects liés au patient peuvent être un manque d'hygiène, une tenue inappropriée, un mutisme, une apathie, de l'anxiété ou de l'agitation. Avec les soignants, l'enfant peut être indifférent ou hostile, il peut présenter une fuite du regard, des cris ou des pleurs incessants, voire des réactions de défense. Pour ce qui est des parents ou autres membres de l'entourage, ils peuvent être agressifs, sembler immatures, présenter un état d'ivresse, des troubles du comportement ou d'agitation (liés à la prise de toxiques). Avec les soignants, ils peuvent essayer de faire du chantage, les manipuler, les séduire ou les menacer. Ils peuvent s'opposer à l'entretien en question ou

« L'épuisement arrive plus fréquemment lorsque les parents sont jeunes, si c'est une famille monoparentale, si l'enfant pleure beaucoup et dort peu, si les parents ont perdu un rythme de sommeil, et s'ils ne bénéficient pas de soutien familial ou social. »

à une éventuelle hospitalisation, ou au contraire, insister pour une hospitalisation sans motif clair et demander des examens complémentaires de manière récurrente.

L'épuisement parental représente également un risque de maltraitance. En effet, selon ces soignantes « plus les parents sont épuisés, moins ils sont patients ». De plus, les nourrissons sont très vulnérables par rapport à la grosseur de la tête et leur poids, et le syndrome du bébé secoué est parfois dépisté. L'épuisement arrive plus fréquemment lorsque les parents sont jeunes, si c'est une famille monoparentale, si l'enfant pleure beaucoup et dort peu, si les parents ont perdu un rythme de sommeil, et s'ils ne bénéficient pas de soutien familial ou social. S'il y a un épuisement, une décharge parentale temporaire est possible.

En ce qui concerne le positionnement des soignants par rapport à la fessée ou la gifle, selon elles « une claque ou une fessée isolée, lorsque

c'est un acte inutile que le parent regrette ne fera pas de lui un criminel. Par contre, si cela devient un style éducatif, il devient alors un parent maltraitant ». Le CAN-Team et le SPJ sont là en tant que soutien pour que le parent trouve d'autres ressources pour éduquer son enfant sans violence.

Par ailleurs, l'interdiction des châtiments corporels n'est pas formellement inscrite dans la loi suisse, cependant il y a des dispositions légales qui protègent les enfants de mauvais traitements. Depuis 1978, la Suisse a abrogé le droit explicite des parents de donner une correction à leur enfant, selon un article du *Matin*<sup>2</sup>. Actuellement, seuls 17 pays dans le monde ont interdit les châtiments corporels, la Suisse n'en fait donc pas partie. L'article ajoute que rien n'est fait au niveau du gouvernement suisse pour inscrire cette interdiction dans la loi. Pour l'instant « les châtiments corporels au sein d'un foyer ne sont pas considérés comme des actes des violences physiques s'ils ne dépassent pas un certain degré socialement accepté et une certaine répétition ».

**Diane de Kaenel**  
Infirmière aux Urgences pédiatriques  
de l'Hôpital de l'Enfance  
Diplômée de l'Ecole La Source 2013

*Cet article a été réalisé grâce à l'aide précieuse de deux infirmières en pédiatrie qui n'ont pas voulu dévoiler leur nom.*

<sup>2</sup> Article du *Matin* : Une claque aux pays fesseurs, 03.03.2015, Michel Pralong

# VIOLENCE DANS LE COUPLE ET LA FAMILLE : UN PROBLÈME DE SANTÉ SANS FRONTIÈRES

**La violence de couple constitue un problème de santé publique qui a des répercussions majeures autant sur la santé des personnes et de leur entourage que sur la vie professionnelle.**

Lors du congrès du SIDIEF (Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone) qui s'est tenu à Montréal en juin dernier, notre présentation interprofessionnelle, infirmière et médecin, a permis de mettre en évidence la portée de cette problématique en Suisse :

- > 1 femme sur 5 dans le courant de sa vie subira de la violence physique ou sexuelle de la part de son partenaire ou ex partenaire,
- > 5 femmes chaque mois sont victimes de tentative d'homicide de la part de leur conjoint ou ex conjoint et deux d'entre elles vont y trouver la mort.

Ce problème mobilise de plus énormément de ressources, un exemple: 4 interventions policières sur 5 sont motivées par la violence domestique. De plus, les enfants exposés à la violence de leurs parents souffrent des mêmes troubles et carences que des enfants directement maltraités, et parfois on voit s'installer un cycle de la violence que seule une intervention professionnelle de qualité peut interrompre.

La violence est un comportement appris, souvent au sein d'une famille où la violence a sa place. Ainsi de 40 à 60% des auteurs de violence ont été eux-mêmes maltraités dans l'enfance et/ou exposés à la violence de leurs parents.

Cette réalité a surpris, tant la Suisse est perçue à l'étranger comme un pays idéal, de paysages enchanteurs, de culture et de paix, de richesse et de civilité. Mais la prévention est possible tel le programme «C'est assez» de prévention de la violence domestique débuté en 2000. Il a permis de développer tout un dispositif de prévention et de prise en charge réunissant: soins, police, justice et services sociaux. Il a également largement sensibilisé les politiques, les médias et les services de l'Etat à l'importance de cette problématique et a également débouché sur la création d'une unité spécialisée et d'une consultation médico-légale et communautaire au sein de l'hôpital universitaire (Unité de Médecine des Violences (UMV) au CHUV<sup>1</sup>.

Nous souhaitons, lors de ce congrès du SIDIEF, présenter et mettre en discussion avec nos collègues les outils développés durant ce programme, notamment le protocole de détection et d'orientation des victimes de violence intitulé DOTIP. Ce protocole simple et systématique développé à l'origine pour les professionnels des services d'urgences médico-chirurgicales a été adapté à la pratique et au contexte d'exercice de diverses professions: infirmiers, médecins généralistes, travailleurs sociaux, professionnels de la périnatalité et sages-femmes de la maternité, personnel des officines pharmaceutiques. Une

<sup>1</sup> Centre hospitalier universitaire vaudois



technique originale d'identification des besoins de formation, intitulé « triptyque pédagogique » qui prend en compte les besoins de la communauté, des étudiants et de la problématique a également été présenté de même que les outils nécessaires à une mise en réseau fonctionnelle des secteurs appelés à collaborer dans une région (méthode POUCE et carte du réseau).

Lors de ce congrès nous avons pu confirmer l'importance du problème de la violence dans la société nord américaine et pas uniquement de la violence au sein des familles ou dans l'espace publique, mais également la violence en lien avec le travail. Par exemple, une doctorante de l'Université de Montréal (Hélène Durocher) étudie spécifiquement le problème de la violence intra

professionnelle infirmière et ses impacts sur la qualité des soins. Tout comme les violences domestiques ce type de violence reste tabou, avec des non-dits et une peur de représailles. Que se passe-t-il si une infirmière ose dire qu'elle est victime de violence de la part de ses collègues? Un autre programme, celui d'une professeure de l'Université Laval de Québec a étudié la question de la vulnérabilité des enfants et adolescents migrants qui sont souvent victimes de discrimination au sein de l'école et de l'espace publique (Louise Hamelin Brabant). La recherche en soins infirmiers se concentre donc aussi sur les problèmes liés à la violence interpersonnelle et à son impact sur la santé et sur la qualité du travail et nous ne pouvons que souhaiter de tels développements dans notre pays.

Pour en savoir plus, nous vous invitons à lire l'ouvrage « Violences domestiques – prise en charge et prévention » publié aux éditions du Savoir Suisse qui présente l'état de la problématique en Suisse (données disponibles et synthèse des connaissances médicales, sociales et juridiques essentielles) et explicite les actions de santé publique préconisées pour assurer une prévention à large échelle en impliquant les professionnels de la santé, du secteur social, de la police et de la justice ainsi que les politiques publiques.

**Dr Marie-Claude Hofner**  
Maitre d'enseignement et de recherche  
de la Faculté de Biologie et Médecine  
de l'Université de Lausanne  
Médecin associée à l'Unité  
de Médecine des Violences  
Centre Universitaire Romand  
de Médecine Légale

**Nataly Viens Python**  
Doyenne Recherche & Développement  
Présidente Comité Ra&D Domaine  
Santé HES-SO  
Professeure associée Université  
du Québec à Rimouski (UQAR)  
Institut et Haute Ecole  
de la Santé La Source

# QUAND LA VIOLENCE FRAPPE À MA PORTE...

Dans son rapport mondial sur la violence et la santé, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2002) explique<sup>1</sup> :


*La violence a sans doute toujours fait partie de la vie humaine. On peut en voir les diverses conséquences dans toutes les régions du monde. La violence, qu'elle soit auto-infligée, collective ou dirigée contre autrui, fait plus d'un million de morts par an et bien plus encore de blessés. Globalement, la violence figure parmi les principales causes de décès dans le monde pour les personnes âgées de 15 à 44 ans. Il est difficile d'estimer précisément le coût de la violence, mais il représente chaque année dans le monde des milliards de dollars américains en dépenses de santé et, pour les économies nationales, des milliards de dollars en absentéisme, en recours aux services de police et en investissements perdus. (p.3)*

J'ai souhaité rappeler ces quelques phrases en introduction à la présentation de mon implication personnelle et professionnelle face à ce sujet si délicat par ce qu'il dégage pour moi.

Sans m'étendre sur mon passé et ma situation personnelle, je souhaite faire part, qu'il y a quelques années, j'ai moi-même été victime de violence conjugale. Au fil des années, j'ai bien pu prendre conscience de l'impact que celle-ci avait eue sur moi et sur ma propre fille. Régulièrement, je me suis sentie coupable : coupable d'avoir laissé dégénérer ma situation de couple et de ne pas avoir suffisamment protégé mon propre enfant. Je n'ai eu de cesse de me remettre en question régulièrement quand apparaissait un problème de santé, de mal-être, voire de difficultés scolaires. Était-ce dû aux traumatismes vécus par elle et au fait de vivre dans une famille où la violence se manifestait ? Au regard de ma profession (infirmière spécialisée aux soins à la mère et à l'enfant) ma culpabilité a été renforcée. Mais comment, moi une maman avec une casquette d'infirmière, n'avais-je pas pu éviter cette situation ? Avec mes connaissances professionnelles et mon expérience des situations rencontrées dans les services de soins où j'ai exercé, je me suis sentie démunie, totalement désemparée... Et comme bon nombre de femmes victimes de la violence de leur compagnon, j'ai mis des années avant de réagir. Je suis très fière de qui je suis actuellement et rassurée quand je regarde ma fille, qui est devenue une belle jeune femme, non sans cabosse, avec son caractère bien trempé et sa joie de vivre qui fait plaisir à voir.

Ce témoignage, sans m'apitoyer sur mon sort, j'ai longuement réfléchi avant d'oser le confier. Comment ? Pourquoi ?

<sup>1</sup> Organisation Mondiale de la Santé (2002). Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève : Suisse. Repéré à [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42545/1/9242545619\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42545/1/9242545619_fre.pdf)



« Régulièrement, je me suis sentie coupable : coupable d'avoir laissé dégénéré ma situation de couple et de ne pas avoir suffisamment protégé mon propre enfant. »

L'opportunité de participer au dossier sur le sujet de la violence/maltraitance m'a encouragée à me dévoiler car je suis persuadée que les personnes victimes de violence n'ont pas à avoir honte, n'ont pas à se cacher de ce qu'elles vivent et que le fait d'en parler va les aider à avancer.

Depuis quelques années, j'ai décidé de ne pas renforcer le tabou qui est encore bien ancré dans la population en général quand on évoque ce sujet. Je crois que c'est vraiment l'élément prioritaire qui me fait me confier un peu à vous, lecteurs de ce dossier. Si par mon témoignage, tout en pudeur, j'ai réussi à vous convaincre qu'il faut parler de la violence, qu'on ne peut pas la nier, qu'il faut la combattre, alors mon objectif premier sera atteint.

Je suis maître d'enseignement depuis plus de 20 ans et, dans le cadre de ma fonction, cela fait autant d'années que je dispense un enseignement à propos de cette problématique. Je terminerai en précisant que j'ai également suivi différentes formations continues sur ce sujet qui m'ont aidée tant sur le plan privé que sur le plan professionnel.

**Ne nous voilons pas la face, les statistiques suisses, européennes et mondiales sont là pour nous rappeler l'ampleur du problème.**

**Corinne Ghaber**  
Maître d'enseignement  
Institut et Haute Ecole  
de la Santé La Source

# UN SOURCIEN À LA DÉFENSE DE LA MALTRAITANCE DES PERSONNES ÂGÉES

Je suis allée à la rencontre de Christophe Nakamura, infirmier Sourcien, passionné par le domaine de la personne âgée. Il y consacre sa carrière et y a investi ses études. C'est à l'occasion de son Master en Sciences Infirmières qu'il a choisi de s'orienter plus spécifiquement sur la maltraitance des personnes âgées afin d'approfondir ce sujet qui lui tient à cœur depuis longtemps.

**ADe: Bonjour Christophe, tout d'abord, pourrais-tu brièvement te présenter pour nos lecteurs ?**

CN: J'ai fait ma formation en soins infirmiers à l'ELS. Après avoir obtenu mon diplôme d'infirmier, j'ai travaillé auprès des personnes âgées dans une unité d'attente au placement rattachée au centre universitaire de traitement et de réadaptation du CHUV (Centre Hospitalier Universitaire Vaudois). Cette unité, qui n'existe plus aujourd'hui, était destinée aux personnes âgées qui, pour diverses raisons, attendaient une place dans un EMS (Etablissement Médico-Social) et ne pouvaient plus rester à domicile. Par la suite, j'ai demandé mon transfert dans l'unité de soins aigus aux seniors de l'hôpital Nestlé au CHUV pour développer des compétences supplémentaires. En parallèle, j'ai suivi les cours du Master en Sciences Infirmières à l'Université de Lausanne. Actuellement, dans le cadre de mon travail d'infirmier clinicien spécialisé, j'interviens dans divers projets reliés aux personnes âgées: l'unité de soins aigus aux seniors, le centre de gériatrie communautaire et ambulatoire et le programme de réadaptation REAGER-READOM (équipe mobile de réadaptation gériatrique intra

et extra-hospitalière) pour les patients qui bénéficient d'une prothèse totale de hanche ou du genou en intervention élective<sup>1</sup>.

**ADe: Dans le cadre de ta formation de Master en Sciences Infirmières, tu as réalisé un travail très intéressant concernant la maltraitance des personnes âgées, peux-tu nous expliquer ce qui t'a amené à choisir ce thème ?**

CN: Comme vous avez sûrement pu le remarquer, j'exerce dans le domaine de la gériatrie depuis la fin de mes études de Bachelor. Avant et durant mes études, je travaillais déjà avec les personnes âgées dans des structures de type EMS ou CMS (Centre Médico-Social). C'est donc tout naturellement que je me suis intéressé à une thématique qui touche les personnes âgées. De plus, durant ma formation de Master, plusieurs sujets à traiter nous étaient proposés et j'ai souhaité axer ma réflexion sur la problématique de la maltraitance car je n'avais aucune connaissance à ce sujet et je me questionnais sur ma propre pratique professionnelle. En effet, j'avais par moment l'impression que mes soins pouvaient être maltraitants.

<sup>1</sup> La chirurgie élective est une chirurgie faite «à froid», du fait de son caractère non urgent



**Ade: Pourrais-tu aussi nous expliquer en quelques mots le sujet de ton travail et les conclusions qui en ressortent ?**

CN: Mon travail consistait à traduire et à adapter culturellement un instrument de dépistage des situations de maltraitance envers une personne âgée. Un des objectifs était de vérifier la faisabilité de l'utilisation de cet instrument dans le contexte des soins à domicile. Pour ce faire, l'outil a été testé auprès de 30 infirmières travaillant auprès de personnes âgées vivant à domicile. Les conclusions que l'on peut mettre en évidence sont que la majorité des infirmières interrogées étaient d'avis que cet outil est utile et utilisable dans leur pratique professionnelle et que l'évaluation des situations de suspicion de maltraitance devrait être réalisée en équipe interdisciplinaire.

**Ade: Maintenant que ton travail est abouti, qu'est-ce qu'il t'apporte dans ta pratique professionnelle ?**

Je pense que cette élaboration m'a permis de me rendre compte de la complexité de la problématique de la maltraitance envers les personnes âgées. Actuellement, cet outil n'est pas complètement utilisable dans la pratique. La recherche que j'ai réalisée fait partie d'un processus long de validation d'un instrument. Je n'ai réalisé que les premières étapes de la validation complète de l'outil. Des étudiants au Master continuent de travailler sur cet outil pour l'améliorer et le tester dans différents contextes de soins comme l'hôpital ou les services d'urgences.

**Ade: Que penses-tu avoir développé que tu puisses transférer et qui soit bénéfique à la profession infirmière dans la prise en charge des personnes âgées ?**

CN: Je pense que cela m'a rendu plus attentif aux différentes formes de maltraitance et aux signes possibles de maltraitance. Il me semble également important d'oser davantage parler de cette problématique et de rendre attentifs les professionnels des secteurs de la santé et du social aux conséquences de la maltraitance. Il est important de se questionner sur les soins que l'on donne aux personnes âgées car la frontière entre la maltraitance et la non-maltraitance est particulièrement difficile à définir et des dérapages intentionnels peuvent facilement avoir lieu. Les infirmières ont un rôle important à jouer dans le dépistage, l'évaluation et l'accompagnement des personnes en situation de maltraitance.

**Ade: Depuis ce travail, t'es-tu davantage impliqué dans la maltraitance des personnes âgées ?**

CN: Je suis depuis peu membre du comité de l'association Alter Ego. Cette association d'intérêt public à but non-lucratif créée en 2002 vise la prévention de la maltraitance envers les personnes âgées et la promotion de la bientraitance, de la dignité et du respect des personnes âgées. J'essaie de m'impliquer dans les projets de l'association, cependant cela n'est pas toujours facile car je suis déjà bien occupé par mon activité professionnelle, et actuellement j'ai peu de temps à consacrer à l'association. J'essaie toutefois de faire parler de cette thématique en participant à la rédaction d'articles dans des revues professionnelles.

**Ade: Pour revenir à ton Master, toutes mes félicitations pour le prix de la Fondation sur la Recherche en Soins (FORESO) que tu as reçu en 2014 en récompense pour ton travail de mémoire de Master. Qu'as-tu ressenti lorsque tu as appris que tu avais gagné ce prix? As-tu été surpris? Est-ce que cela t'a motivé à davantage t'impliquer dans la lutte contre la maltraitance des personnes âgées?**

CN: J'étais très content et heureux et ceci pour deux raisons. Premièrement, le fait d'avoir reçu ce prix signifie pour moi une reconnaissance du travail accompli durant ces deux années d'études. En effet, réaliser un travail de Master est particulièrement exigeant et stressant. Les cours nous permettent d'acquérir les bases du processus de recherche et le travail de Master en lui-même nous permet d'expérimenter et de mettre en pratique ce que l'on a appris. On évolue donc tout au long des études en tant qu'«apprenti-chercheur». Cela donne les bases à ceux qui souhaitent poursuivre sur la voie doctorale. Deuxièmement, il m'a semblé très important qu'un sujet aussi sensible et tabou soit reconnu comme important pour la pratique clinique infirmière. Cela démontre également que les évaluateurs des candidatures pour ce prix étaient sensibles à la thématique. Ce prix m'a également donné l'opportunité financière de poursuivre une formation pour continuer à développer des compétences dans la prise en soins des personnes âgées en situation de maltraitance ou de suspicion de maltraitance.

**Ade: Quels sont tes projets pour la suite?**

CN: Il me semble important d'améliorer le dépistage, l'évaluation et surtout la prise en charge

des personnes âgées victimes de maltraitance ou à risque de maltraitance. Actuellement, je n'ai pas la possibilité de m'impliquer professionnellement autant que je le souhaiterais dans cette cause. Dans l'avenir, j'aimerais pouvoir participer à la mise en place de structures ou de modèles de soins permettant d'apporter le soutien et l'accompagnement nécessaires aux personnes âgées maltraitées. Je souhaiterais également pouvoir être impliqué dans la conception et la mise en place de programmes de prévention de la maltraitance.

**Ade: Enfin, en conclusion de cette interview, que souhaiterais-tu transmettre aux lecteurs et aux professionnels?**

CN: Il est pour moi fondamental de ne pas oublier que chacun d'entre nous peut être maltraitant, que ce soit dans notre vie professionnelle ou notre vie privée. Il est primordial de réfléchir sur nos propres actes et pratiques professionnels pour améliorer la qualité des soins prodigués. Un autre élément qui me semble important d'ajouter ici est que la négligence fait partie des formes de maltraitance et un soin non réalisé ou un besoin non satisfait peut avoir tout autant de conséquences qu'un acte physique de maltraitance. Pour finir, devant une suspicion, un doute ou des signes de maltraitance, j'encourage vivement les professionnels à ne pas hésiter à demander de l'aide auprès des collègues afin de poursuivre les évaluations et de prendre des décisions importantes en équipe interdisciplinaire.

*Interview réalisée par:*

**Audrey Deprez**  
Maître d'enseignement  
Institut et Haute Ecole  
de la Santé La Source

# L'EXPÉRIENCE D'UNE MALTRAITANCE ORDINAIRE

**C'est durant mes études de psychologie à l'Université de Lausanne que j'ai commencé à m'intéresser à la problématique de la maltraitance envers les personnes âgées. Je travaillais alors comme aide-soignante non formée dans un établissement médico-social durant les vacances et les week-ends.**

J'ai toujours beaucoup aimé le contact avec les personnes âgées. C'était un travail intéressant sur le plan humain, qui m'a conduite à me poser beaucoup de questions sur la manière dont on peut devenir maltraitant sans le vouloir ou sans le savoir, voire en pensant bien faire.

Il n'était pas facile en tant qu'étudiante de distinguer ce qui était «normal» et de ce qui ne l'était pas. Les aides-soignantes et les infirmières qui travaillaient dans cet établissement familial étaient là depuis longtemps et semblaient très sûres de leurs manières de faire. Poser des questions n'était pas aisé et je récoltais souvent des réponses vagues et des regards parfois exaspérés. Lors de mon premier jour de travail, une collègue m'a fait visiter les chambres et présentée à la vingtaine de résidents. Elle m'a aussi expliqué les habitudes de chacun : rehausseur sur les toilettes pour cette résidente, celle-ci voulait que son couvre-lit soit plié à exactement trente centimètres sur les pieds sinon elle se fâchait, ces deux résidentes étaient des sœurs et l'on devait s'en occuper en même temps, il fallait faire attention à ne pas rester trop près de cette résidente qui donnait des coups de canne et surtout ne pas monter dans l'ascenseur avec elle car elle mordait... Comment s'y retrouver parmi toutes ces consignes orales, et parfois contradictoires ? J'ai essayé de prendre des notes et de faire au mieux ce que l'on me demandait. J'ai probablement été parfois maltraitante, ou négligente, en voulant aller vite pour suivre le rythme de l'équipe et ne pas perturber l'organisation de l'institution. Je me souviens notamment avoir oublié une résidente en chaise roulante dans le jardin, après avoir été accaparée par des tâches urgentes... Cette dame était très fâchée contre moi, et je m'étais platement excusée.

Au fil du temps, j'ai néanmoins été interpellée par les réactions de certaines collègues que j'avais de la peine à comprendre, même sous l'angle de l'efficacité du travail. Pourquoi refuser de donner son parfum préféré de yogourt à une résidente qui demandait à changer celui qui lui avait été attribué ? Pourquoi fallait-il absolument que cette résidente se dénude entièrement alors que cela lui était difficile de montrer sa poitrine ? N'y avait-il pas des aménagements possibles pour qu'elle puisse se laver en respectant sa pudeur ? La manière dont les horaires étaient organisés ne facilitait pas le travail.



Comment répondre à plusieurs sonnettes lorsque l'on est seule dans l'établissement après le repas de midi, avec la consigne de fermer la porte d'entrée à clé pour que personne ne sorte, et que l'on doit aussi trier et plier le linge propre? J'avais heureusement refusé de faire des nuits, seule avec vingt résidents et une infirmière de piquet à plusieurs kilomètres.

Il m'arrive de raconter cette expérience personnelle en introduction des formations que je donne sur la maltraitance envers les personnes âgées. Non pour parler de moi, mais pour montrer que la maltraitance, la négligence et les abus de pouvoir sont généralement le fait de personnes normales, qui ne sont pas forcément motivées par de mauvaises intentions. Souvent, la maltraitance et la négligence prennent des formes subtiles et insidieuses. Elles ont à voir avec le rapport à l'autre, avec la manière de le considérer dans la relation, avec la répartition du pouvoir. Elles sont aussi en lien avec les priorités que l'on met dans son travail et les routines dans lesquelles on entre.

En bientôt vingt ans, les établissements médico-sociaux ont beaucoup changé, et en bien heureusement. Les risques de maltraitance et de négligence restent toutefois bien réels. Ils se potentialisent dans toutes les situations où le fonctionnement et l'organisation de la machine institutionnelle prennent le pas sur les besoins des personnes qui y vivent ou y séjournent. Il est alors de notre responsabilité en tant que soignants, mais aussi en tant que citoyens, d'être vigilants et d'oser questionner les pratiques lorsque ce genre de situations se présentent.

**Delphine Roulet Schwab**  
Professeur HES ordinaire  
Docteure en psychologie  
Institut et Haute Ecole  
de la Santé La Source

# MALTRAITANCE : UN AXE DE RECHERCHES À L'INSTITUT ET HAUTE ECOLE DE LA SANTÉ LA SOURCE

**La maltraitance désigne à un acte destructeur, volontaire ou non, portant atteinte à l'intégrité de l'individu. Elle survient toujours dans le cadre d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir (Krug et al., 2002).**

Ces dernières années, plusieurs études ont été réalisées à l'Institut et Haute Ecole de la Santé La Source sur la thématique de la maltraitance. Elles ont pour point commun de s'intéresser aux représentations, perceptions et expériences que les professionnels et personnes concernées ont de la problématique.

La première recherche (Roulet Schwab & Rivoir, 2011) appréhendait les représentations que des responsables d'institutions romandes, accueillant une clientèle majoritairement âgée, avaient de la maltraitance envers les aînés et la manière dont ils géraient cette problématique. Réalisée par questionnaire en ligne, cette étude semi-qualitative a réuni 390 participants, provenant de 230 institutions (établissements médico-sociaux, services de soins à domicile, unités d'accueil temporaire/foyers de jour, services hospitaliers) dans les six cantons romands.

La deuxième étude (Roulet Schwab, Brioschi, Savioz, & Knüsel, 2012) avait pour but de mieux comprendre les divergences et convergences dans les représentations et les pratiques de différents groupes professionnels selon leur ancrage professionnel et institutionnel, ainsi que leurs traces sur le travail interdisciplinaire et la coordination dans le processus préalable au signalement de situations de maltraitance infantile. Cette étude qualitative a réuni sept groupes de professionnels, inscrits dans des cadres institutionnels différents (n=39): infirmières hospitalières, infirmières Petite Enfance (IPE), pédiatres en cabinet privé, pédiatres hospitaliers, enseignants, infirmières en milieu scolaire, éducatrices de la petite enfance.

La troisième recherche (Roulet Schwab, 2013) visait à explorer les perceptions de la maltraitance envers les aînés de la part de personnes

« L'ensemble de ces données souligne le défi que constituent, dans ce contexte, le travail en réseau et le partage de bonnes pratiques. »

âgées elles-mêmes et à les mettre en perspective avec celles de professionnels appartenant à deux organisations actives dans la prévention en Suisse romande. Dans le cadre de cette recherche qualitative, six focus groups (groupes de discussion focalisée) ont été réalisés (n=43): quatre avec des personnes retraitées et deux avec des professionnels actifs dans la prévention (association alter ego/Pro Senectute Genève).

Les résultats de ces trois recherches présentent un certain nombre de points communs, malgré leurs méthodologies, leur focus et leurs thématiques différents: similitudes dans les représentations de la maltraitance, convergences dans la manière de gérer les situations de suspicion, manque de procédures institutionnelles explicitant les démarches à entreprendre et les personnes à contacter en cas de suspicion, rareté des collaborations interdisciplinaires et interinstitutionnelles, et faible connaissance du cadre légal.

La mise en perspective de ces résultats est utile pour mieux comprendre la situation de la prévention de la maltraitance en Suisse romande, et plus particulièrement dans le canton de Vaud. Elle permet d'aborder la problématique de manière transversale et globale. Ce faisant, elle fait notamment apparaître une sensibilité et des pratiques communes entre professionnels, qu'ils travaillent auprès d'enfants ou de personnes âgées. L'ensemble de ces données souligne le défi que constituent, dans ce contexte, le travail en réseau et le partage de bonnes pratiques.



La version complète de cet article peut être obtenue par courriel: [d.rouletschwab@ecolelasource.ch](mailto:d.rouletschwab@ecolelasource.ch)

**Delphine Roulet Schwab**  
Professeur HES ordinaire  
Docteure en psychologie  
Institut et Haute Ecole  
de la Santé La Source

#### Références :

Krug, E.D., Mercy, L.L., Zwi, J.A., & Lozano, R. (2002). *Rapport mondial sur la santé et la violence*. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la santé.  
Roulet Schwab, D., Brioschi, N., Savioz, F., & Knüsel, R. (2012). *Maltraitance infantile (MI) et coordination : Regards croisés d'acteurs professionnels et institutionnels confrontés au processus préalable au signalement*. Lausanne, Suisse: Institut et Haute Ecole de la Santé La Source  
Roulet Schwab, D., & Rivoir, A. (2011). *Maltraitance des personnes âgées: représentations et gestion de la problématique dans les institutions*. Lausanne, Suisse: Institut et Haute Ecole de la Santé la Source.  
Roulet Schwab, D. (2013). *Différences de perceptions et de positionnements face à la maltraitance envers les aînés de la part de groupes de professionnels actifs dans la prévention et de la part de groupes de personnes retraitées*. Lettre Ra&D Institut et Haute Ecole de la Santé La Source, 4, 2.