

# La Souffrance des patients et de leurs proches peut-elle tout justifier?

Claire DELARUE, Infirmière, USP, Groupe Hospitalier Loos – Haubourdin.  
Charles GOETHALS, Psychologue, USP, Polyclinique Vauban Valenciennes.

« Les blessures de la violence, aussi tragiques qu’elles soient, ne peuvent être pansées qu’à la condition que soit pensée la violence elle-même, que soient déjouées ces ruses par lesquelles la violence déjoue notre vigilance. »

*Jean-François MALHERBE (Les ruses de la violence dans les arts du soin.)*

**Nous n'avons pas de liens d'intérêts à déclarer.**

- Le microcosme d'une Unité de Soins Palliatifs vient-il révéler des **changements de société, un changement de profils des usagers** ?
- Comment faire équipe lorsque le « **patient partenaire** » devient « **patient ennemi** » et lorsque **l'institution est absente** ?
- Les Lois Kouchner et Léonetti-Claeys ne viendraient-elles pas, parfois, fortifier la **toute-puissance** de ceux que nous soignons (droits/devoirs) ?
- Et quel impact cette violence a sur les **conditions de travail** des soignants et aussi sur **leur propre santé** ?

- Pour l'Anesm (Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux) la **maltraitance** est réservée « *à l'ensemble des violences, abus ou négligences commis par un ou des professionnels envers un ou plusieurs usagers mais non par les usagers envers les professionnels, qui seront, eux, qualifiés de « violences »*. (Recommandations de bonnes pratiques professionnelles – Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance – 01/2012).
- En droit, bientraitance et maltraitance n'existent pas. On parle de violences.
- L'OMS précise que la violence est « *une 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 de fortement entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès.* »

# Facteurs sociétaux

## 1) Violence institutionnelle

- **Objectification** du soignant et du patient.
- Les professionnels de santé **malmenés voire même déshumanisés par l'institution** peuvent devenir eux-mêmes **des professionnels maltraitants et déshumanisants**. Nous ne sommes plus dans le cadre de la « *vie bonne, avec et pour autrui, dans des institutions justes* ». Paul Ricœur
- « *Le personnel ressent parfois le besoin de se justifier parce que même s'il pense avoir bien agi, il peut craindre parfois une réaction négative de sa hiérarchie.* » (Rapport ONVS 2020) → le soignant n'ose pas ou plus intervenir, préférant se taire de peur de représailles.
- **Conflit éthique** entre le positionnement du soignant qui ne rejoint pas toujours celui de l'institution (rentabilité, productivité et performance). Satisfaire le patient « roi » afin d'éviter les plaintes !

## **2) Violence des patients et de leurs proches**

- **Si la violence envers les patients est inacceptable, celle envers les soignants l'est d'autant plus !**
- **Causes de cette violence** : attente, décision médicale, conditions de PEC du patient, horaires de visites, visites limitées (Covid), immédiateté d'une réponse, inquiétude, anxiété, souffrance, incompréhension, frustration, insatisfaction, manque de relation de confiance, accès facile et rapide à l'information (Dr Google – Patient cyberchondriaque)...

**→ Problèmes éthiques de la Temporalité, du Savoir et de l'Autonomie.**

- **Manifestations** : incivilités, intimidation, pression, chantage, agressivité, plaintes, menaces verbales et/ou physiques...

## 2) Violence des patients et de leurs proches

- Conséquences sur les soignants : mal-être, stress chronique, perte de confiance, démotivation des équipes, dégradation de l'ambiance générale, dysfonctionnements, absentéisme, insécurité, épuisement professionnel...
- Par répercussion, elle porte atteinte à la qualité des soins dispensés et à la qualité de vie au travail.
- **A domicile**, ces violences ont les mêmes effets.
- Cela entraîne une **relation conflictuelle** entre patients, proches et soignants.



### 3) Violences « médicalement » involontaires

- Dues à des pathologies comme la maladie d'Alzheimer ou la schizophrénie.
- En **droit pénal**, il s'agit bien de **violences volontaires** qui doivent être déclarées comme telles.
- Se pose la question de la **responsabilité pénale de leurs auteurs** (abolition ou altération de tout ou partie du discernement). Art. 122-1 du Code pénal : *« N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes. La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable. Toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime [...] ».*

## 4) Violence des patients mineurs

- Souffrant parfois de troubles psychiques ou neuropsychiques, d'un handicap mental, d'une pathologie psychiatrique ou de patients mineurs ne respectant pas les règles élémentaires de la vie en société.
- Remarque d'un cadre de santé (rapport ONVS 2020) : « **La réponse judiciaire peut se montrer thérapeutique dans le sens où elle fait tiers dans la relation entre l'enfant et l'adulte. Elle apporte de la distance face à l'événement vécu et remet l'enfant dans une réalité sociétale : l'enfant, petit ou grand, ne peut pas faire tout ce qu'il veut, quand il veut et où il veut. Il a besoin d'être arrêté.** »
- Selon le **code pénal**, c'est le **critère du « discernement »** qui entre en ligne de compte pour estimer ou non l'existence de cette **responsabilité pénale** : « *Les mineurs capables de discernement sont pénalement responsables des crimes, délits ou contraventions dont ils ont été reconnus coupables, dans des conditions fixées par une loi particulière qui détermine les mesures de protection, d'assistance, de surveillance et d'éducation dont ils peuvent faire l'objet.* » (Art. 122-8 al. 1 du code pénal).

# La société change...

- Le patient est devenu **acteur de sa santé** et **partenaire de soins**. Mais en est-il réellement **capable** ?
- Les limites individuelles se voient confrontées à celles de la **société individualiste**. C'est un **problème de savoir-être et de savoir-vivre**.
- Nous sommes dans une société en mouvance où les **repères historiques n'existent plus**, où toutes les « images » d'autorité sont remises en question, où la **transmission des valeurs et l'éducation sont en complète déperdition** ; bouleversement profond d'une société qui est en **perte de repères** tant sur le plan économique que dans son rapport au temps à autrui et aux valeurs qui la portent.
- Les professions notables (pompiers, forces de l'ordre, médecins...) ne sont plus respectées et sont méprisées par la société.
- Le principe de **Laïcité** n'est parfois plus considéré.

- Cette dimension culturelle entraîne des **limites dans notre accompagnement** et dans ce qu'il est possible de tolérer, fait nouveau pour lequel il faut trouver de **nouvelles stratégies d'adaptation** sans pour autant nier nos besoins : celui **d'exercer notre métier dans des conditions acceptables, celui de se sentir respecter.**
- En hospitalisation, il n'y a pas d'autonomie pour le patient autre que **l'autonomie en relation**, c'est-à-dire que le patient souffrant n'est pas un être abstrait, sans corps, sans histoire propre, familiale, sociale et culturelle, tout comme le soignant n'est pas non plus un être abstrait, sans histoire propre, familiale, sociale et culturelle.
- **Le soignant est en souffrance d'être mis en situation de devoir faire ou de ne pas pouvoir faire ce qui fait sens pour lui.**
- Malheureusement, cette violence est souvent **banalisée, parfois expliquée voire excusée.** « *C'est la culture de l'excuse* ». M. Hervé Vlamynck – Conseiller à la Chambre de l'instruction de la cour d'appel de Douai.

- **La violence ne fait pas partie de leur cœur de métier ! La tolérer entraîne sa banalisation voire sa normalisation. La dénoncer peut être difficile.**
- **L'empathie naturelle des professionnels de santé ne doit pas aboutir à accepter l'inacceptable!**
- **Subjectivation du soignant** : *« tout est acceptable qui nous rend davantage sujets de notre existence. Tout est inacceptable qui ferait de nous des objets manipulés ou les jouets des circonstances. »* Malherbe.
- Certes, il est nécessaire de subjectiver le patient mais encore **faut-il que le soignant soit lui-même suffisamment subjectivé pour pouvoir subjectiver celui qu'il soigne.**
- Si l'empathie est le propre de l'Homme, comment un soignant peut-il rester empathique s'il est déshumanisé à la fois par l'institution et par les usagers !

# La prévention et la lutte contre la violence comme une démarche d'action collective



- Quelle **relation d'autorité la mieux appropriée** (quel niveau de fermeté), le soignant doit instaurer avec le patient et/ou les proches afin d'entretenir une **relation équilibrée** nécessaire à la **qualité de la prise en soins** ?
- Comment continuer à soigner dans une relation de rapport de force et de violence qui fausse la confiance ?



- « *Faut-il être tolérant ? Certes oui ! mais pas au prix de son identité.* » Malherbe
- Cette violence est **incompatible avec la notion de soigner.**
- La **prévention et la lutte** contre les violences, les incivilités et les actes de malveillance doivent nécessairement permettre **l'amélioration de la qualité de la vie au travail** et, par contre coup, **l'amélioration de la qualité des soins dispensés.** → **Violence métabolique** (Malherbe)
- **Violence diabolique** → **Violence symbolique** (Malherbe)
- **Enjeu capital pour les établissements de santé** puisque la violence entre pleinement dans la gestion des nombreux risques.

## **1) Rôle de l'institution**

- **Prévenir la violence** : Les directeurs d'établissements doivent acquérir une nouvelle compétence de « sécurité » dans le cadre d'un **projet de service** global.
- **Remettre à l'honneur les principes élémentaires de civisme et de vie en société** dans les établissements de soins.
- Proposer des **formations** sur la gestion de l'agressivité.
- **Organiser des tables rondes** avec l'aide d'un **observateur extérieur** (médiateur, psychologue...).
- Faire un **signalement à l'ONVS**.

## 1) Rôle de l'institution

- **Soutenir les soignants** (aide dans le dépôt de plaintes, lettres de mise en garde aux auteurs...).
- **À PROPOS DE LA PROTECTION FONCTIONNELLE (AGENT DU PUBLIC).** « *L'agent public bénéficie de la protection fonctionnelle s'il est victime d'une infraction à l'occasion ou en raison de ses fonctions. **L'administration doit protéger l'agent, lui apporter une assistance juridique et réparer les préjudices qu'il a subi.** La demande de protection fonctionnelle doit être formulée par écrit auprès de l'administration employeur à la date des faits en cause* ». + La circulaire interministérielle du 2.11.2020 qui rappelle aux employeurs publics les obligations de la mise en œuvre de cette protection.
- **À PROPOS DE LA PROTECTION JURIDIQUE (AGENT DU PRIVÉ).** Le pouvoir de direction et de contrôle des salariés placés sous la subordination juridique de l'employeur **oblige celui-ci à garantir à ses employés la protection juridique à raison des actes ou faits qu'ils passent ou accomplissent en exécution du contrat de travail.** En revanche, la protection juridique sera refusée (et donc la prise en charge ou le remboursement des sommes que l'agent a dû engager pour les besoins de sa défense) si des actes délictueux commis ou subis par l'employé n'ont pas eu lieu dans le cadre de la relation de travail.

## 2) Rôle des soignants

- Rédiger des **transmissions ciblées**.
- Compléter les **fiches d'évènements indésirables (FEI)** dans le cadre d'une démarche de gestion des risques.
- **Inform**er le **cadre de proximité** qui en avisera la Direction.
- Selon le règlement intérieur de l'établissement, **appeler les forces de l'ordre**.
- Déposer éventuellement une **main courante** ou faire un **dépôt de plainte** (réticences).
- Si besoin, **contacter les associations d'aide aux victimes**, les bureaux d'aide aux victimes (se situant dans les palais de justice), le Centre Départemental d'Accès aux Droits (garantissant l'accès à une information juridique).

### 3) Attitudes des soignants

- Le soignant doit **se remettre en question et faire un travail sur lui-même** en analysant les présupposés de son attitude, ses préjugés et ses précompréhensions pour prévenir et faire face à ces violences.
- Il doit non seulement comprendre ce qui engendre les violences des patients et de leurs proches mais aussi « [...] **prendre conscience des blessures que lui ont infligées les violences qu'il a lui-même subies par le passé.** » Malherbe
- Ces violences enfouies (humiliations, trahisons, incompréhensions, négligences, accidents...) nous lient à un mécanisme de « **violence mimétique** » où patients et soignants se renvoient cette violence et en souffrent.
- « *Il s'agit en définitive de s'aviser de nos propres blessures et d'en prendre soin. Et parmi ces blessures, il y a certainement celle que nous a infligée l'idéal professionnel du soignant censé ne pas souffrir. Pour être vraiment en condition de bien prendre soin de l'autre, n'est-il pas préférable de se mettre d'abord en condition de travailler à son propre avènement comme sujet ?* » Malherbe

# Le regard du psychologue





Charles reprend du service : « Vous voulez qu'on parle ? »  
Je réponds : « Non merci trouve une autre victime » Et  
il la trouve dans l'autre service SUPER Charles ! A  
chaque fois  
me cache

Vous avez eu ma peau, mais par ces mots j'ai eu la vôtre  
Et merci Charles ! Car au moins avec vous j'ai appris  
que palliatif ça voulait dire « manteau », je m'en ai eu  
aucun dans le couloir, par contre ça puait la mort et  
il y avait un bouquet de fleurs artificielles pourrit ! Qui  
profitait à tous, je m'en ai pas voulu.

et le  
t », il est  
comme  
les régis dans les camps de concentration, sauf qu'il m'a pas  
encore installé le gaz, peut être avec les prochains dons ?

Alors entre demander à un STOP et vous écraser, il y a une belle différence. De plus j'aurai du embouteiller trois voitures dont la mienne qui est meurt, car vous vous trouviez entre deux voitures, lorsque nos regards se sont rencontrés... Vous n'en valez pas la peine... croyez moi!

J'ai su aussi que vous vouliez porter plainte.

Alors qu'est ce qui vous retiens ?... Ah oui vos mensonges que vous savez si bien manier!

Conclusion : OUBLIEZ MOI, faites moi la paix!

Moi j'ai un deuil à finir, et c'est pas avec vos discussions vis à vis de moi que je vais réussir.

Th! Charles, ça fait 2ans, si vous n'avez pas su tourner la page, c'est que vous ne devez pas avoir la conscience tranquille, Alors entamez une psychanalyse



- **Conclusion**

- Si un soignant doit faire en sorte que sa parole reste humanisante ou du moins qu'elle ne déshumanise pas l'autre, il en va de même pour l'institution, les patients et les proches envers eux. Il est primordial de **ne pas objectifier les professionnels de santé pour leur permettre de continuer à soigner l'Autre dans les meilleures conditions qui soient.**
- Soyons des Hommes autonomes « *qui, chaque jour et autant que faire se peut, reconnaît la présence, la différence et l'équivalence de ses allocutaires, lutte contre l'homicide, l'inceste et le mensonge, assume sa solitude, sa finitude et son incertitude, et cultive la solidarité, la dignité et la liberté. C'est en définitive un humain qui cultive l'autonomie de l'autre humain comme sa propre autonomie.* »  
Malherbe. (violence symbolique)