

[texte](#)

[article](#)

## **Plaidoyer pour la prévention de la violence en institution gériatrique**

"Des situations de violence viennent fracturer la chaîne des soins dans ses aspects techniques mais aussi relationnels. C'est de cette question que nous voudrions débattre ici."

Par: Bernadette Le Nouvel, Psychologue clinicienne, hôpital Broca, AP-HP /

Publié le : 04 Septembre 2003

Partager sur :

- [Facebook](#)
- [Twitter](#)
- [LinkedIn](#)
- [Imprimer cet article](#)
- [Enregistrer en PDF](#)

### **Fichiers**

- [La lettre de l'Espace éthique/AP-HP n°15-16-17-18 \(12.98 Mo\)](#)

### **Poursuivre la réflexion**

*Texte extrait de La Lettre de l'Espace éthique n°15-16-17-18, 2002. Ce numéro de la Lettre est disponible en intégralité en suivant le lien situé à la droite de la page.*

" Protestation contre l'idée séparée que l'on se fait de la culture, comme s'il y avait la culture d'un côté et la vie de l'autre ; et comme si la vraie culture n'était pas un moyen raffiné de comprendre et d'exercer la vie? Il est dur, quand tout nous pousse à dormir, en regardant avec des yeux attachés et conscients, de nous éveiller et de regarder comme en rêve, avec des yeux qui ne savent plus à quoi ils servent, et dont le regard est tourné vers le dedans. C'est ainsi que l'idée étrange d'une action désintéressée se fait jour, mais qui est action, tout de même, et plus violente de côtoyer la tentation du repos. "

Antonin Artaud, Le théâtre et son double, Paris, Gallimard, Folio essais, 1985.

## **Le grand renouveau dont la médecine a besoin**

Au travers des approches médicale, psychologique et sociologique de la notion de démence, se déploie la nécessité d'une réflexion sur notre rôle de soignant dans ses aspects techniques (ou savoir-faire relatif au corps) et relationnels (ou savoir-être relatif à l'esprit ou à la personne).

Vouloir redécouvrir, aujourd'hui et dans notre société ces deux aspects comme intrinsèquement liés, témoigne de la nécessité d'une transformation d'une médecine scientifique en une médecine hippocratique. En effet, si le Serment d'Hippocrate (420 av. J.C.) " témoigne du sens que les médecins ont de leur mission et des difficultés à vaincre tant pour acquérir l'art que pour soigner les malades, l'important étant de ne pas nuire 1" , la médecine est un art, une tekhnè, plus qu'une science.

Il convient aussi d'affirmer avec Paul Tournier que " tous les malades ont ce double besoin : besoin de soins techniques excellents, et besoin de contact personnel. C'est la relation personnelle avec autrui qui apporte le fil conducteur du grand renouveau dont la médecine a besoin aujourd'hui 2" .

Mais des situations de violence viennent fracturer la chaîne des soins dans ses aspects techniques mais aussi relationnels. C'est de cette question que nous voudrions débattre ici.

## **La violence et ses implications**

Un acte de violence est un acte, intentionnel ou non, portant atteinte à l'intégrité physique et/ou morale d'une personne. Cet acte peut être dirigé contre soi ou contre l'autre : patients, familles, personnels, voire l'institution elle-même du fait de son fonctionnement propre.

Cette violence, par sa nature, son intensité, son caractère répétitif, fracture les liens de communication et génère en feed-back un autre acte de violence, aboutissant quelquefois, dans des cas extrêmes, à la destruction de l'individu lui-même. Plus généralement, fort heureusement, cette violence engendre des conflits plus ou moins graves, ce qui reste une piètre consolation en regard des exigences de qualité de soin et de vie que chacun (patients, familles, soignants, institution) souhaite, attend ou espère trouver ou prodiguer.

Une forme de violence bien particulière s'établit lorsqu'il y a rupture totale de communication

entre une personne âgée démente et un soignant. Bien des questions se posent alors : existe-t-il véritablement une communication spécifique, un comportement type, pour nous soignants, face à la démence et propre à celle-ci ?

Et que communique-t-on ? Pourquoi et pour quoi (faire) ? Quels sont les différents paramètres qui concourent à l'instauration d'une situation de crise générant cette violence ? Quelle est la nature et l'intensité de ces situations ? Peut-on mettre en place des actions de prévention de ces facteurs de risque ? Si oui, lesquels ?

Plusieurs auteurs se sont déjà penchés sur l'analyse de ce thème 3. Le syndrome d'épuisement professionnel est un des premiers facteurs de risque de la maltraitance en institution, généré par le manque de formation des soignants, leur nombre insuffisant, l'absence d'espace de parole. On peut ajouter l'absence d'information communiquée aux patients, concernant notamment l'annonce d'un diagnostic grave, l'entrée définitive en institution, le décès du conjoint ou d'un proche. Les familles, quant à elles, ont également très souvent besoin d'un soutien spécifique.

Le coût financier de l'hospitalisation, par exemple, peut venir déclencher ou intensifier des conflits familiaux. Il arrive que des personnes âgées malades fassent le sacrifice de leur vie, c'est-à-dire choisissent de mourir plutôt que d'être un poids financier pour leurs descendants.

## **L'oubli du lien de réciprocité**

Au travers des modes de communication s'inscrit et se déploie l'expression même de notre humanité. Affirmer ne pouvoir communiquer d'aucune manière avec une personne " démente " reviendrait alors à l'exclure du groupe social des humains. Lorsque la capacité de parole et de dialogue défaille, s'amenuise, perturbe, et que la relation à l'autre est de facto perturbée, altérée, faut-il pour autant se résigner à considérer la personne démente comme, strictement, un objet de soins ?

Vouloir reconnaître en cet autre vulnérable et fragile la permanence d'une réalité humaine, unique, irremplaçable, nous maintient nous-même, soignant, " artisan du soin ", comme sujet de cette humanité. Encore faut-il vouloir en avoir conscience. Lorsque dans les actes de soins portés à la personne âgée malade il y a refus de considérer l'autre comme alter ego en humanité, l'approche soignante se réduit à une démarche mécaniciste du soin, et, de façon concomitante, le vieillard malade est alors réduit au silence absolu parce qu'exclu de sa spécificité d'humain. Cette dramatique perte de qualité du soin véhicule une absence de qualité de vie. Elle va jusqu'à nier la vie de cet autre qui m'interpelle, qui, par sa présence même, devrait pourtant m'obliger à le regarder, le considérer. La détérioration ou la perte de l'intégrité des fonctions cognitives réduirait-elle à néant toute existence de l'autre ?

L'approche " médicaliste " (et non médicale) de la personne âgée démente instaure une culture d'institution, des *modus vivendi* érigés en lois institutionnelles, en idéologie. S'instaure alors la négligence par l'oubli du lien de réciprocité.

Si l'obligation éthique permet de choisir sa pratique soignante, c'est dans cette liberté que s'inscrit la survie de notre propre humanité, de notre individualité. L'autre, dépendant totalement du soignant pour sa survie physique, dépend tout autant du regard qu'il lui porte. Dans une approche " médicaliste " de la démence sénile on est déjà mort parce que l'on est

déjà mort pour l'autre, dénué d'humanité dans le regard de l'autre. Tous les hommes semblent devenir interchangeable, homogènes, équivalents.

L'institution ressemble alors à un univers clos où chercher à voir et à comprendre ce que l'autre peut être tenté de me dire paraît d'emblée insensé. Il s'ensuit des logiques d'enfermements réciproques, en cascade, chacun à la fois cause et conséquence, violence intrinsèque où, coupé de l'autre, sans lien communicationnel essentiel, je me coupe de moi-même et d'autrui. L'approche " médicaliste " pourrait-elle encore se prétendre " soignante " sans cette nécessaire attention à l'autre, le malade dépendant vivant en institution ? Cet état même de dépendance physique, psychique, institutionnelle, sociale et politique n'appelle-t-il pas à une obligation de respect et de responsabilité éthique et juridique ?

## **Jusqu'au bord du bout de la vie**

Crier haro sur le seul monde soignant scientifique serait injuste. Car si une institution comme la notre est tout à fait spécifique, elle s'inscrit néanmoins dans le temps, fait partie intégrante de notre époque qui glorifie un hédonisme standard et pauvre. En effet, comme le dit Richard Pottier :

" le corps qu'on glorifie est un corps jeune et sain, un corps que ne menace encore ni la mort, ni la maladie. Malgré les progrès impressionnants de la médecine moderne (ou au contraire à cause d'eux) jamais sans doute aucune civilisation de s'est autant efforcée de dénier, par tous les moyens, le fait inéluctable de la mort. À l'homme du XXe siècle, embarrassé de son corps, anxieux de jouir, mais inquiet de ne pas jouir, et que la souffrance, la maladie, la vieillesse et la mort terrorisent, il est remarquable que les idées de jouissance et de maîtrise du corps ne soient plus perçues comme contradictoires. Cette manière de percevoir le corps et de concevoir les rapports qu'il entretient avec l'esprit est tout à fait nouvelle, non seulement dans l'histoire de la civilisation occidentale, mais aussi dans l'histoire des civilisations en général. 4"

Entre la mort devenue taboue, morte elle-même aux pratiques funéraires socialement partagées, et la vieillesse associée en représentations sociales à du " déjà mort " ? a fortiori lorsqu'elle est malade ?, tout concourt à rendre la personne âgée dément politiquement vulnérable. En effet, dans l'absence de reconnaissance du vieillard handicapé dément, dans cette forme de négation de l'existence humaine de l'autre, s'inscrit en simultanéité le meurtre de notre propre humanité. Je me nie moi-même de te nier car je deviens inhumain de te déshumaniser, toi, mon " frère en humanité 5" .

C'est alors que je deviens implacable, froid, mes gestes se faisant mécaniques, désincarnés de tout mouvement de vie puisque non adressés à un autre.

Se demander jusqu'où l'on peut communiquer c'est s'interroger sur les limites de notre humanité. Penser la mort comme seule et totale rupture du lien social (environnemental, affectif), c'est croire en la vie humaine et son expression en multiples métamorphoses jusqu'au bord du bout de la vie.

Cela nous engage à nous situer en artisan du soin et à nous interroger sur notre propre capacité à être " communicant ", pour une meilleure capacité de soins et de vie pour tous.

L'accompagnement à la mort est communément admis et développé comme une nécessité. Il conviendrait cependant de réfléchir également et collectivement à l'accompagnement à la vie.

Respecter une personne dans ses différences culturelles et physiques, avoir envie de la rencontrer et d'échanger, est l'un des enjeux d'une réelle pratique soignante dans une société qui se respecte. C'est peut-être même le paradigme de la démarche soignante, en tout cas un pré-requis de sa qualité. Et de quelque côté du globe que l'on se situe, on peut et doit rester libre et responsable de sa pratique.

Il est nécessaire de rappeler que cette proposition de réflexion sur la violence en institution ne doit surtout pas faire oublier les formidables échanges, empreints de réelle sollicitude, de compassion, d'entraide, de respect, et de professionnalisme, qui se manifestent quotidiennement dans des institutions gériatriques, lieux de soins et de vie où les destinées humaines se croisent, et où de véritables liens tissent, par-delà la souffrance née de la maladie et de la mort à apprivoiser, l'expression manifeste d'une irréductible et pleine humanité.

## Références

1. Ambroselli C. , L'Éthique médicale, Paris, PUF, " Que sais-je ? ", 1994.
2. Tournier P., Médecine de la personne, Delachaux Niestlé, 1945.
3. Hugonot R., " Maltraitance des personnes âgées : dépistage, prise en charge et prévention ", Le Concours médical, 20 mai 2000, n° 122-20, pp. 1329-33.
4. Manaouïl C., Jarde O., " Maltraitance des personnes âgées : le rôle du médecin ", Le Concours médical, ibid., pp. 1388-91.
5. " Violence dans les soins : une recherche-action en Suède ", L'infirmière magazine, n° 123, janvier 1998.
6. Rodary C., Gauvin-Piquard A ;, " Stress et épuisement professionnel ", Objectif soins, n° 16, octobre 1993.
7. Pottier R., Histoire des mœurs, chap. " Le corps et l'esprit : la maîtrise du corps ", Encyclopédie La Pléiade, Paris, Gallimard, 1990.
8. Hirsch E., (coll.), Espace éthique. Éléments pour un débat, Travaux 1995-1996, Paris, AP-HP/Doin, 1997.

Partager sur :

- [Facebook](#)
- [Twitter](#)
- [LinkedIn](#)
- [Imprimer cet article](#)
- [Enregistrer en PDF](#)

Sommaire