



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

INFIRMIER GÉNÉRAL

Jury : 25 et 26 octobre 2001

**PROMOUVOIR LE RESPECT DE L'IDENTITE
DE L'USAGER A L'HOPITAL**

**CONTRIBUTION DE L'INFIRMIER GENERAL A LA LUTTE CONTRE LA
VIOLENCE INSTITUTIONNELLE PASSIVE**

DUGOULET Francis

SOMMAIRE

<u>INTRODUCTION</u>	4
<u>1 CHEMINEMENT DE LA RECHERCHE ET METHODOLOGIE</u>	9
<u>1.1 HYPOTHÈSE DE TRAVAIL</u>	9
<u>1.2 MÉTHODOLOGIE</u>	11
<u>1.2.1 Recherche documentaire</u>	11
<u>1.2.2 Phase exploratoire</u>	12
<u>1.2.3 Complément d'enquête</u>	13
<u>2 L'INDIVIDU DANS L'INSTITUTION HOSPITALIERE : UN RISQUE REEL D'ATTEINTE A L'IDENTITE</u>	15
<u>2.1 LE RESPECT DE L'IDENTITÉ DE L'USAGER</u>	15
<u>2.1.1 Du respect de l'identité de l'individu au respect de la dignité humaine</u>	16
<u>2.1.2 Respect de l'identité : un droit pour l'individu usager de l'hôpital</u>	18
<u>2.2 A L'HÔPITAL UN RISQUE D'ATTEINTE À L'IDENTITÉ DE L'USAGER</u> ..	23
<u>2.2.1 Un individu fragilisé</u>	23
<u>2.2.2 Une institution totalisante</u>	26
<u>2.2.3 Un manque de prise de conscience de la violence institutionnelle passive</u>	37
<u>3 UNE VOLONTE DE LIMITER LES EFFETS DE LA VIOLENCE INSTITUTIONNELLE PASSIVE</u>	41
<u>3.1 LÉGITIMER L'USAGER DANS UN RÔLE D'ACTEUR POUR PROTÉGER SON IDENTITÉ</u>	41
<u>3.1.1 D'une position de soumission à l'autorité ...</u>	41
<u>3.1.2 ... à une position de contrôle</u>	43
<u>3.1.3 ... Pour une légitimité dans un rôle d'acteur</u>	46
<u>3.2 INTÉGRER LE RISQUE DE LA PERTE D'IDENTITÉ DANS LE PROCESSUS D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ</u>	52
<u>3.2.1 Une réflexion en cours dans un contexte favorable</u>	53
<u>3.2.2 Un danger pour le patient usager de l'hôpital</u>	54
<u>3.3 UNE MISSION INCONTOURNABLE DE L'INFIRMIER GÉNÉRAL</u>	58
<u>3.3.1 Responsabilité de l'organisation et de la mise en œuvre des soins</u>	58

3.3.2	<i>Positionnement dans l'équipe de direction</i>	60
3.3.3	<i>Implication dans la politique d'amélioration continue de la qualité des soins et dans la gestion des risques</i>	60
4	<u>IMPLICATION DES SOIGNANTS : MOTEUR DE LA LUTTE CONTRE LA VIOLENCE INSTITUTIONNELLE PASSIVE</u>	62
4.1	<u>DONNER DU SENS POUR IMPLIQUER</u>	62
4.1.1	<i>Inscrire cet axe dans le Projet du Service de soins infirmiers</i>	62
4.1.2	<i>Manager l'action par l'entremise des cadres de santé</i>	63
4.1.3	<i>Favoriser la prise de conscience de la violence institutionnelle passive</i>	65
4.2	<u>UNE DÉMARCHE DE GESTION DU RISQUE</u>	69
4.2.1	<i>Mettre en place une démarche de gestion du risque</i>	69
4.2.2	<i>Fiche de signalement</i>	70
4.2.3	<i>Un référentiel de bonnes pratiques</i>	71
4.3	<u>UNE MISE EN PLACE EXPÉRIMENTALE PROGRESSIVE</u>	72
	 <u>CONCLUSION</u>	 74
	 <u>BIBLIOGRAPHIE</u>	 76
	 <u>ANNEXES</u>	 81

« Ne pas regarder les gens quand on leur parle, ne pas les entendre lorsqu'ils s'expriment, répondre de travers, à côté, faire du malade un objet de peu d'importance, n'est ce pas normal de se sentir en mal d'identité ? »¹

INTRODUCTION

Nous avons été interpellé par des phénomènes de violence à l'hôpital. Qu'il s'agisse de passages à l'acte de la part de patients à l'encontre de soignants, ou de l'atteinte portée à l'identité des personnes hospitalisées par l'institution et ses personnels.

A l'hôpital la violence institutionnelle existe. Nous pouvons relever en ce sens l'atteinte à l'intimité, le non respect de la confidentialité, des actes de maltraitance sur certains patients particulièrement fragilisés comme les personnes âgées ou les malades mentaux, limitation de l'espace, dépersonnalisation ... Il ne s'agit pas toujours d'une violence consciente ou d'actes délibérés. Elle est, dans certains de ces aspects, une violence « inconsciente » pour les soignants, liée au pouvoir même de l'institution. Nous parlerons dans ce cas de *violence institutionnelle passive*. Les exemples sont nombreux et concernent autant les structures que les hommes.

Nous avons cherché à identifier le contexte dans lequel peut se développer cette atteinte à l'identité à l'hôpital. Il s'agit d'analyser *ce qui, dans l'institution, participe au non respect de l'identité de l'usager*.

Lors d'une recherche antérieure nous avons étudié la difficulté qu'avaient les personnes âgées à s'affirmer en tant qu'individu dans les structures d'hébergement (paroles, actes, reconnaissance, utilisation de

¹ MAURANGES A.- Stress, souffrance et violence en milieu hospitalier. Manuel à l'usage des soignants.- Paris, AP-HP, MNH, 2001

l'espace). Nous avons postulé que *les effets mortifères de l'institution totalisante amoindrissait leur identité*. Ceci nous a conduit à réfléchir sur le rapport entre le respect de l'identité et le pouvoir institutionnel. La répercussion de la violence institutionnelle apparaît comme un *facteur limitatif de la qualité des soins*.

Nos recherches bibliographiques nous ont confirmé dans notre intention. De nombreux auteurs² abordent le problème de la maltraitance institutionnelle, tout particulièrement la violence passive³. Ils mettent en cause les interactions entre les personnes hospitalisées et les personnels. Le patient a souvent besoin de l'institution pour assouvir ses besoins fondamentaux. Il est souvent en *position de dépendance plus que de pouvoir*. La dynamique induite par l'institution à travers les comportements des soignants place les patients vers le pôle de la dépendance. *Plus le patient va être fragilisé, plus l'institution va devenir totalisante*, ne serait-ce que par logique sécuritaire ou hygiéniste vis à vis de la personne en demande de soins.

Les entretiens exploratoires menés auprès de soignants (infirmiers, cadres infirmiers et Infirmiers Généraux) ont mis en lumière la difficulté pour le personnel à prendre conscience du pouvoir qu'a l'institution sur le patient et aux répercussions sur le respect de l'identité de l'individu acteur à l'hôpital. Ils disent volontiers *n'avoir que peu conscience du poids institutionnel sur le patient*, manquer d'éléments d'analyse de ce pouvoir institutionnel étant plus centrés sur l'action que sur le sens, de manquer d'informations... *Peu se sont positionnés*

² TOMKIEWICZ S. – “Les violences institutionnelles”.- Handicaps et inadaptations – les cahiers du CTNERHI, n° 61, 1994, pages 57 - 61

HUGONOT R. – “Existe-t-il des institutions au dessus de tout soupçon?.- Gérontologie et société, n° 92, mars 2000, Pages 59-65

MALO Pierre-Yves.- « Des conduites sécuritaires au risque de la maltraitance ».- Gérontologie et société, n° 92, Mars 2000, pages 135-150

BONIN-GUILLAUME.- « Maltraitance du sujet âgé », Gérontologie n° 110, pages 6-7

VIDAL.- « L'hôpital de tous les dangers », Soins Formation Pédagogie Encadrement, n+ 16, 4° trimestre 1995, pages 18 – 20

LEBEER Guy.- « La violence thérapeutique ».- Sciences sociales et santé, vol 15, n° 2, Juin 1997, pages 69-97

MOULIAS R. – « Violences passives en institution ».- Gérontologie n° 110, pages 17-23

CREOFF M. « Les maltraitements institutionnelles ».- ADSP, n° 31, juin 2000, pages 52-56

CORBET E. .- « Violences en institutions. A la recherche d'outils de prévention ».- Handicaps et inadaptations- Les cahiers du CTNERHI, n° 61, 1994

...

³ HUGONOT R. op. cit.

...

comme maillon de ce pouvoir institutionnel, ni pouvant être eux mêmes porteurs de la violence institutionnelle.

L'évolution de la *place de l'usager au sein de l'institution* est affirmée dans la réforme hospitalière du 24 avril 1996, ainsi que sa place dans les instances de l'établissement (CA, Commission de conciliation, CLIN). L'hôpital s'engage dans une démarche d'amélioration de la qualité. L'accréditation affirme l'exigence d'offrir au malade la sécurité et la qualité des soins qu'il est en droit d'attendre dans l'institution hospitalière.

La jurisprudence, et les assignations de plus en plus fréquentes des hôpitaux devant les tribunaux, montrent que les usagers sont en droit d'exiger de ne pas sortir de l'hôpital en plus mauvaise condition qu'ils y sont entrés, que ce soit à cause d'un aléa thérapeutique, d'une atteinte nosocomiale *ou même d'une agression liée au mécanisme institutionnel.*

Au plan national, le problème posé par le développement de la violence dans les hôpitaux (tous types de violence confondus) a, d'une part, fait récemment l'objet d'une publication de travaux d'un groupe de réflexion destiné à l'ensemble de la population hospitalière⁴ et d'autre part la lutte contre cette violence a fait l'objet de demandes de moyens dans le cadre de l'amélioration des conditions de travail (protocole Aubry, Contrats locaux d'amélioration des conditions de travail). La circulaire du 15 décembre 2000⁵ envisage, dans son chapitre consacré à l'élaboration du projet dans le cadre de la prévention et l'accompagnement des situations de violence en milieu hospitalier, la prise en compte des violences dues « à des facteurs endogènes telles que : violence des personnels vis-à-vis des usagers, violence institutionnelle, (..).

Monsieur Kouchner, Ministre délégué à la Santé, lors de la présentation du « Système de Santé Français en 2001 », devant la Conférence nationale de santé, le mardi 27 mars 2001 à Strasbourg, parle de la reconnaissance des droits des malades : « (...) *le projet de loi sur la modernisation de la santé inscrira les*

⁴ MAURANCES Aline.- Op. cit.

⁵ Circulaire DHOS/P 1 n° 2000-609 du 15 décembre 2000 relative à la prévention et à l'accompagnement des situations de violence

droits du malade dans le code de la santé publique ; il affirmera que le système de santé doit reconnaître et respecter tout malade en tant que « personne » : c'est pour cela que le projet confortera les principes de respect de la dignité, de la vie privée (...). »

Le non respect de l'identité et l'atteinte de la dignité de l'individu usager de l'institution hospitalière à travers la violence institutionnelle passive ne peut laisser indifférent l'Infirmier général. Responsable de l'organisation et de la mise en œuvre des soins infirmiers, il assure la gestion du Service de soins infirmiers. Il contribue à la définition d'une politique d'amélioration de la qualité des soins. Il convient donc pour l'IG de s'interroger sur ce qui pourrait permettre d'améliorer la qualité des soins dans ce domaine. *Dans le cadre d'une démarche institutionnelle il doit inscrire la lutte contre la violence institutionnelle passive dans les objectifs du Service de soins infirmiers.*

Nous souhaitons dans le cadre de notre étude mettre à jour les facteurs organisationnels et comportementaux qui aggraveraient le non respect du droit au respect de l'identité de l'individu usager de l'hôpital. Le respect de ce droit doit être assuré dans toutes les unités de soins de l'établissement.

Ces éléments nous ont amené à l'interrogation suivante:

«Comment l'Infirmier général, Directeur du Service de soins infirmiers, peut intervenir pour assurer le respect du droit au respect de l'identité par le Service de soins infirmiers et ainsi limiter la perte d'identité de l'usager liée à la violence institutionnelle passive.»

Après avoir présenté le cheminement de notre recherche et la méthodologie dans le prochain chapitre, le sujet sera traité en trois autres parties et basé sur les données du travail de recherche bibliographique, celles recueillies au cours des entretiens auprès de soignants, et notre réflexion.

En premier lieu nous précisons le risque d'atteinte de l'identité pour l'usager à l'hôpital. Il s'agit de faire le lien entre identité, personnalité et dignité d'une part, et de montrer en quoi l'individu dans l'institution hospitalière est en danger pour son identité : un individu fragilisé, au risque d'une institution

totalisante et d'un manque de prise de conscience par les soignants de la violence institutionnelle passive.

Dans une seconde partie, la légitimation de l'utilisateur dans un rôle d'acteur et l'intégration du risque de la perte d'identité dans un processus d'amélioration de la qualité doivent tendre à montrer comment limiter les effets de la violence institutionnelle passive. Cette position dans un rôle d'acteur est en pleine évolution actuellement, et le contexte actuel d'accréditation favorise le processus de qualité. Enfin l'infirmier général est particulièrement concerné par ce thème, en tant que gestionnaire du service de soins infirmier et membre de l'équipe de direction.

Enfin à travers deux idées force qui sont de donner du sens à l'action soignante d'une part, et de mener une démarche de gestion du risque d'autre part, nous avancerons notre projet sous forme de propositions.

1 CHEMINEMENT DE LA RECHERCHE ET METHODOLOGIE

1.1 Hypothèse de travail

Sur cette base, le questionnement suivant s'est construit : comment prendre en compte la dimension institutionnelle pour limiter le risque de violence institutionnelle passive à l'hôpital ?

- S'il y a un risque de perturbation de l'identité de l'individu par la violence institutionnelle passive, quelle est la part des soignants dans ce processus ?

- Une méthode de gestion des risques peut-elle s'appliquer à la prévention de la violence institutionnelle passive à l'hôpital ?

- Un des moyens pour ne pas perdre son identité étant de se positionner dans un rôle d'acteur, comment permettre à l'usager de s'approprier ce rôle et de le maintenir ?

Il est alors possible de poser des hypothèses :

- Un établissement hospitalier a tendance à ne pas reconnaître à la personne en demande de soins son rôle d'acteur ou à ne pas lui permettre de jouer ce rôle.

- Ce type d'institution a tendance à ne pas reconnaître la personne soignée comme individu singulier et unique.

➤ De part la tendance qu'a toute institution totalisante à devenir totalitaire, l'institution hospitalière ne respecte pas l'identité de la personne soignée. La machinerie institutionnelle vise à uniformiser ; elle met en place des mécanismes aboutissant au dépouillement des éléments identificatoires de l'individu fragilisé qu'elle accueille.

➤ La personne soignée ne peut utiliser l'institution que si cette dernière se donne les moyens du respect de l'identité de l'individu.

➤ Si les soignants ne mettent pas en place des comportements correcteurs de la violence institutionnelle passive, c'est parce qu'ils n'ont pas conscience de celle-ci

➤ C'est en permettant à l'usager de se positionner dans un rôle d'acteur qu'il limitera les effets de la violence passive institutionnelle.

➤ C'est dans la perception, l'interprétation et l'appropriation de l'espace, d'une marge de liberté, de sociabilité et des aspects formels et informels des règles institutionnelles que vont se dégager la marge de manœuvre, la créativité et l'exercice du pouvoir qui sont le signe d'une identité qui se conserve ou se recrée.

A partir de l'hypothèse de travail suivante :

C'est par l'implication des soignants dans un processus visant à rendre acteur et à protéger l'usager que l'IG va participer à limiter la violence institutionnelle passive pour que l'identité individuelle du patient soit respectée,

nous sommes tentés de donner priorité à deux axes pour notre travail.

➔ D'une part, les entretiens exploratoires nous ayant montré que les soignants n'étaient pas, le plus souvent, conscients d'être porteurs de violence institutionnelle, tout en reconnaissant que ce type de violence peut exister, nous pouvons poser l'hypothèse que des actions de formation pourraient permettre aux soignants de se positionner eux même comme étant translateurs, porteurs

de cette forme d'agression de la personne. Prendre conscience de cet état doit permettre de limiter les risques.

→ D'autre part, la violence institutionnelle pouvant être positionnée comme un risque à l'hôpital, elle doit pouvoir être prévenue par une méthode de gestion des risques qui permettra de l'identifier en tant que telle et donc de pouvoir mettre en place une démarche qualité pour améliorer le respect de l'identité de l'individu.

Ces deux aspects devraient participer à rendre l'utilisateur acteur.

1.2 Méthodologie

1.2.1 Recherche documentaire

C'est par une recherche documentaire sur des écrits infirmiers et des auteurs abordant le thème dans différentes revues professionnelles que nous avons abordé le thème de travail. Ceci nous a conduit à élaborer une problématique sur la relation entre la perte d'identité et la violence institutionnelle.

La recherche documentaire a servi de base à notre investigation. Son intérêt a été de rassembler des données, de les classer, de les théoriser. Le traitement de ces données a dû être assez souple pour favoriser l'émergence d'éléments concrets.

Dans un second temps nous avons retravaillé ces données afin de les critiquer dans le cadre de notre recherche et au vu de l'expérience de terrain. Lors de l'établissement du champ théorique nous avons différencié nos choix, les notations d'événements, les données théoriques. A la lumière de données ultérieures nous les avons renforcées ou formulées différemment.

Il en résulte que l'intérêt final de cette recherche documentaire a été d'accumuler, puis de sérier et enfin de sélectionner des apports théoriques utiles

à la compréhension de notre questionnement. Nous avons chaque fois recherché une pertinence en rapport avec le thème de notre travail.

Les objets de la recherche documentaire ont été centrés sur :

- la notion d'identité et ses différentes conceptions dans une approche psychosociologique,
- la notion d'institution avec une approche essentiellement psychosociale,
- la notion de démarche qualité,
- la notion de gestion de risque,
- la notion de management.

1.2.2 Phase exploratoire

La problématique posée et des hypothèses dégagées, nous avons cherché à recueillir l'avis de soignants que nous avons estimés pouvant être concernés par le thème de notre travail.

Notons ici que notre première intention avait été d'interviewer des usagers de l'hôpital. Cependant, vu le sujet et notre impossibilité d'assurer un suivi des personnes que le thème aurait pu perturber, nous nous sommes centrés sur les personnels soignants, sachant cependant que nous nous privions de l'apport des principaux intéressés.

Lors d'un premier stage dans un établissement de santé, stage effectué auprès d'une Directrice du service de soins infirmiers, nous avons mené une série d'entretiens exploratoires qui nous ont permis de situer le positionnement des soignants sur le thème de notre travail.⁶ Même si les soignants enquêtés sur cet établissement ne se sentaient pas, de prime abord, impliqués dans ce risque que l'institution fait courir aux patients-usagers, il nous a semblé opportun justement de s'interroger sur la réalité de cette violence institutionnelle passive auprès de ces mêmes soignants dans un prolongement d'entretien exploratoire. Nous avons ainsi pu retrouver les signes de cette pression institutionnelle que nous avons déjà cernée dans les structures

⁶ grille de lecture des entretiens exploratoires en annexe 1

d'hébergement pour personnes âgées dans une enquête menée en région Limousin.

Pour ne pas orienter les réponses des interviewés, nous avons centré les entretiens sur la thématique de la qualité des soins. Ce thème nous a paru pouvoir avoir un effet de consensus entre l'Infirmier général en formation que nous sommes et les divers soignants que nous avons rencontré. Nous avons donc décidé de nous servir de ce biais pour engager l'échange.

Au cours de ces entretiens nous avons cherché à identifier en quoi l'institution peut interférer sur le respect de l'identité de la personne hospitalisée. Nous avons également recherché comment les soignants se positionnent par rapport à l'influence du pouvoir institutionnel, dont ils sont porteurs, sur le respect du malade, et tout particulièrement sur le respect de son identité. Une autre interrogation a porté sur ce qu'ils pensent nécessaire de faire pour éviter des répercussions négatives de l'institution totalisante sur le respect du patient. Enfin que peuvent-ils attendre du Directeur du Service de soins infirmiers pour les aider dans cette lutte visant à permettre au patient de se situer en tant qu'acteur au cours de son hospitalisation.

1.2.3 Complément d'enquête

La phase préliminaire à notre recherche s'est poursuivie par un complément de recherche bibliographique pour expliciter les concepts de dignité, de droit à la dignité, d'identité et de violence institutionnelle.

L'hypothèse de travail s'est ainsi dégagée et nous a conduit à mettre en œuvre une phase d'enquête prospective sous la forme d'entretiens auprès de managers du Service de soins infirmiers d'autres établissements. Nous avons interviewé au total 11 cadres infirmiers, 9 cadres infirmiers supérieurs et 3 infirmiers généraux. Les entretiens exploratoires nous ayant montré les attentes des soignants à l'encontre des managers infirmiers, notre attention, au regard de l'hypothèse, va être portée plus particulièrement sur la place et le rôle de l'Infirmier général pour assurer au patient le respect de son identité et de son droit à la dignité.

L'entretien facilitant les d'échanges sur un thème qui pouvait déranger, nous en avons fait le choix comme outil d'enquête. Les questions ont été laissées ouvertes tout en canalisant le sujet tout au long de la rencontre.

Le guide d'entretien était identique pour les cadres infirmiers et les cadres infirmiers supérieurs. L'objectif était de recueillir comment ils se situaient vis à vis de la violence institutionnelle et ce qu'ils attendaient de l'infirmier général.

Pour les infirmiers généraux l'objectif de l'entretien était de percevoir où en était l'établissement dans la réflexion sur ce thème, ce qui avait été mis en place, et si le risque de perte d'identité lié à la pression institutionnelle était une réalité et méritait donc d'être traité en terme de gestion de risque.

Enfin il nous est apparu nécessaire de compléter ces entretiens pour évaluer le risque en terme de probabilité de survenue et de gravité auprès d'une population plus large. Nous avons donc demandé à 35 autres infirmiers généraux de compléter l'évaluation de la réalité de ce risque sur deux échelles de 0 à 10 (probabilité de survenue et gravité).

« Les institutions sont parfois un enfer pavé de bonnes intentions »⁷

TOMKIEWICZ S.

2 L'INDIVIDU DANS L'INSTITUTION HOSPITALIERE : UN RISQUE REEL D'ATTEINTE A L'IDENTITE

Nous aborderons ici le concept d'identité à travers divers auteurs, ainsi que celui de violence institutionnelle par l'aspect totalisant de l'institution et les répercussions sur l'individu et sur le respect plus ou moins effectif de ses droits.

2.1 Le respect de l'identité de l'utilisateur

Il s'agit ici de traiter dans un premier temps du concept d'identité. Point majeur de notre problématique, l'identité sera abordée d'une part sous l'aspect psycho-socio-culturel, et d'autre part en tenant compte d'une approche clinique. Ces aspects nous ont paru adaptés à notre contexte professionnel. L'approche psychanalytique a été écartée. En effet le travail porte sur le rapport entre l'identité et l'institution et non sur la formation des éléments identificatoires de l'identité ou sur la formation de la personnalité. Nous aborderons donc plus particulièrement les référents psychosociaux (nom, statut, rôles sociaux, histoire, milieu de vie...) et les potentialités de devenir.

Le législateur a posé comme principe de droit le respect de la dignité humaine. Le respect de l'identité est partie intégrante de celui de la dignité humaine. En cela il est un droit de l'individu, et tout particulièrement à l'hôpital où le législateur a identifié ce droit dans la charte du malade hospitalisé⁸.

⁷ TOMKIEWICZ S. - op.cit.

⁸ Charte du patient hospitalisé incluse en annexe de la circulaire DGS/DH/95 n°22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés et comportant la Charte du patient hospitalisé

2.1.1 Du respect de l'identité de l'individu au respect de la dignité humaine

Le respect de l'identité de l'individu participe au respect de la dignité humaine.

2.1.1.1 L'identité facteur de la personnalité

La notion d'identité est à différencier de celle d'unicité (dans le sens d'unicité). Pour que l'objet soit « identique », il faut en même temps qu'il soit « autre » pour être comparé. L'altérité est le caractère de ce qui est autre. Elle s'oppose à l'identité. Chacun d'eux sont relatifs et leur co-présence est nécessaire pour qu'il y ait un tout. Pour définir l'identité nous retiendrons donc ce premier aspect qu'est **l'altérité**.

Selon Hume⁹ l'identité serait engendrée par le temps. L'identité fait appel à une notion d'invariabilité et de persistance de l'objet dans le temps. Or l'homme évolue et change. L'exemple de son corps qui se modifie illustre ce changement. Il en est de même des caractéristiques sociales et culturelles tout au long de sa vie. Pourtant son identité subsiste. Il y a donc possibilité de joindre le « même » et « l'autre ». La continuité permet à l'individu de se situer à la fois dans le temps et dans l'espace. Temps et espace s'entendent dans les champs individuels et collectifs. L'identité repose sur la cohésion de l'individu dans le temps et dans l'espace. **L'entité** est partie intégrante de l'identité.

L'individu a un sentiment d'originalité. Il ne ressemble à personne d'autre. Il n'est personne d'autre. Il n'est identique qu'à lui même. Pour qu'il y ait identité il faut que l'homme développe un **sentiment d'identité**.

« Mon identité c'est donc ce qui me rend semblable à moi-même et différent des autres ; c'est ce par quoi je me sens exister aussi bien en mes « personnages » (propriétés, fonctions, rôles sociaux) qu'en mes actes de

⁹ Humes, cité dans Encyclopédia Universalis

personne (signification, valeurs, orientations). Mon identité c'est ce par quoi je me sens accepté et reconnu tel par autrui. » (ERIKSON E., 1968)

Erickson¹⁰ fait intervenir la notion de culture. L'identité personnelle est fonction des valeurs de l'individu. Ces valeurs elles mêmes sont dépendantes de la culture dans laquelle évolue la personne.

Pierre TAP¹¹ définit l'identité comme

« un système de sentiments et de représentations de soi, c'est à dire l'ensemble des caractéristiques physiques, psychologiques, morales, juridiques, sociales et culturelles à partir desquelles la personne peut se définir, se présenter, se reconnaître et se faire connaître. »

Toujours selon Erickson¹², le renforcement de l'identité se réalise à partir d'actes qui se succèdent tout au long de la vie comme des actes de séparation, d'autonomisation, d'affirmation de soi, la différenciation cognitive et l'opposition affective. Sans cette différenciation l'individu se dissout dans la dépendance à autrui. Il entre dans le « on », dans la « masse ». Il s'assimile à autrui.

L'identité personnelle est liée à l'identité sociale. L'effort de différenciation se heurte à l'espace social avec ses normes et ses valeurs. L'identité apparaît comme culturellement codée. De nombreux rituels jalonnent le cycle de vie. D'autres marquent l'appartenance à certains groupes. L'usager de l'hôpital s'inscrit à sa place, au sein d'une catégorie donnée. Comme pour d'autres groupes, cette catégorie est opposée à d'autres. En même temps ces rituels d'appartenance participent à produire des marques d'identité.

Parmi les référents symboliques identitaires, le **nom** a une fonction essentielle d'identification, pour l'individu et pour l'extérieur. Etre appelé par son nom affirme son sentiment d'identité. Il a alors le sentiment d'être reconnu. Les individus qui ont rencontré dans leur expérience de vie les stigmates de la

¹⁰ Erickson E. – Adolescence et crise : la quête de l'identité .- Paris, Flammarion, traduction française de 1972

¹¹ TAP P. – « Identité individuelle et personnalisation ».- Toulouse, édition Privat, collection Sciences de l'homme

déshumanisation par le « numéro » (guerre, déportation, prison...) reconnaissent comme essentiel le lien d'identification généalogique et sociale pour leur propre reconnaissance comme individus reconnus, acteurs de leur propre existence.

L'espace participe également à l'identité. Cet espace inclus le minimum vital plus une dimension variable qui est fonction de chaque individu lié à la mouvance de sa personne ; l'espace est un produit culturel spécifique.

2.1.1.2 L'identité facteur de dignité

Le respect de la dignité humaine implique l'absolue nécessité de respecter le principe d'interdiction de tout acte inhumain, « *c'est à dire tout acte qui tend à méconnaître en tout homme, en tout être humain, une personne humaine* »¹³. Le non respect de l'identité de l'individu peut être considéré comme un acte le méconnaissant comme personne humaine, puisque lui enlevant ce qui le fait individu singulier.

La notion de dignité englobe toute personne humaine, saine ou malade, sensée ou atteinte de troubles cognitifs sévères, capable ou non de se socialiser. Dans le cas où elle n'est plus en capacité d'exercer ses droits, c'est à la société et à chacun d'assumer ses devoirs envers elle. Certes nous devons en tant que soignants pratiquer les gestes pour assurer les soins nécessaires et vitaux, mais nous avons à l'aider à assurer le respect de ses droits, de sa liberté, de sa reconnaissance comme personne porteur d'un projet. Le respect de la dignité est à ce prix, dans ce face à face entre le patient et le soignant.

2.1.2 Respect de l'identité : un droit pour l'individu usager de l'hôpital

Alors que bien des Constitutions étrangères, surtout européennes, font figurer le respect de la dignité de l'être humain dans leurs droits fondamentaux, en France la notion n'apparaît que dans le préambule de la Constitution de 1946,

¹² Erickson E.. Op. cit.

même si elle est sous entendue dans la Déclaration de 1789. Le concept restait en suspension dans notre droit. C'est au bénéfice de la loi sur la liberté de la communication en 1986¹⁴, des lois sur la bioéthique¹⁵ en 1994 et de la loi sur l'exclusion¹⁶ en 1998. que le principe de dignité est réaffirmé dans notre droit.

2.1.2.1 La dignité humaine : un droit inaliénable pour chaque personne

La distinction qui est faite entre la chose et la personne humaine constitue le fondement du concept de dignité humaine¹⁷. Principe fondateur, le respect de la dignité implique que l'on ne peut pas faire d'une personne une chose. La dignité étant un concept inhérent à la personne humaine, il s'agit là de l'essence même de l'homme, ce dernier pouvant être ciblé par son identité tant sur le plan individuel, que social et culturel.

Parler de dignité humaine prend tout son sens lorsqu'il est question de prendre en considération ce qui se trouve marginalisé dans la personne en devenir : handicap, perte de facultés ou de capacités ne lui permettant plus de mettre en avant ses qualités d'être humain, voire son corps de défunt. C'est dans la recherche du sens profond de la dignité à travers ces limites que s'élabore l'idée que la dignité est un principe absolu et fondateur¹⁸.

2.1.2.2 La notion de dignité dans le droit international

Le terme de dignité paraît dans plusieurs textes internationaux et d'autres textes européens. Dans le droit international, c'est bien avant le droit français que la notion de dignité a été émise, notamment dans le préambule de la Charte des Nations unies du 26 juin 1945 et dans la Déclaration universelle des droits de l'homme du 10 décembre 1948.

¹³ JACKSON Benson.- « La dignité de la personne humaine ».- Revue générale de droit médical, n° 4, 2000, pages 67 - 83

¹⁴ loi du 30 septembre 1986 relative à la liberté de communication

¹⁵ lois n° 94-653 et 94-654 du 29 juillet 1994

¹⁶ loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions

¹⁷ JACKSON B. , op. cit.

Le terme de dignité se rencontre également dans le pacte international relatif aux droits civils et politiques de 1966.

Dans la Déclaration universelle sur le génome humain et les droits de l'homme du 11 novembre 1997 (déclaration de principe sous l'égide de l'UNESCO) il est précisé en son article 2 que « le principe de dignité impose (...) de respecter leur caractère (de l'individu) unique et leur diversité. Les concepts de dignité et de liberté s'attachent aux concepts de personne ou d'individu.

Au plan européen, le principe de dignité de la personne humaine se rencontre dans la Convention européenne de sauvegarde de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950, et dans la Déclaration des libertés et des droits fondamentaux de 1989. Enfin la Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine du 4 avril 1997 (Oviédo, Espagne) met en avant les intentions suivantes :

« Les parties à la présente convention protègent l'être humain dans sa dignité et son identité et garantissent à toute personne, sans discrimination, le respect de son intégrité et de ses autres droits et libertés fondamentales à l'égard des applications de la biologie et de la médecine. »¹⁹

2.1.2.3 Le respect de la dignité dans le droit français

La dignité est le fondement des principes qui confèrent des droits subjectifs à la personne. Depuis le code Napoléon, il a toujours été admis en droit qu'un homme, même dépourvu de volonté, était une personne.

Le préambule de la Constitution de 1946 aborde la notion de dignité de l'être humain : « (...) tout être humain, sans distinction de race, de religion, de croyance, possède des droits inaliénables et sacrés (...). Il en ressort que la sauvegarde de la dignité de la personne humaine contre toute sorte d'asservissement et de dégradation est un principe à valeur constitutionnelle. »

¹⁸ JACKSON B. , op. cit.

¹⁹ Article 1 de la Convention sur les Droits de l'homme et la biomédecine du 4 Avril 1997, Conseil de l'Europe

Cette notion de « principe à valeur constitutionnelle » concernant la dignité a été reprise dans les lois sur la bioéthique de 1994. La législation française a placé sous l'autorité du principe de dignité les règles du respect du corps, de la personne et de l'espèce humaine²⁰, ce à partir des avis émis par le Comité consultatif national d'éthique depuis 1983.

Le nouvel article 16 du Code civil précise que « *la loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie* »²¹

Le Conseil Constitutionnel a, dans sa décision du 27 juillet 1994, donné une portée fonctionnelle renforcée aux principes formulés par le législateur en les considérant comme assurant la mise en œuvre du principe de valeur constitutionnel de sauvegarde de la dignité de la personne humaine.²²

Enfin cette décision du Conseil constitutionnel de reconnaître le principe de dignité a amené des décisions jurisprudentielles administratives. Le Conseil d'Etat s'est appuyé sur ce concept pour permettre aux maires d'interdire des spectacles utilisant des atteintes à cette dignité (« lancer de nains »). L'atteinte à la dignité est alors caractérisée entre autre par le ravalement au rang d'objet d'une personne humaine qui souffre d'un handicap. Selon J. Rivero²³, « *la dignité de la personne humaine, c'est un minimum incompressible.* »

S'agissant des malades mentaux, la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation précise dans son article 2 « *qu'en toutes circonstances, la dignité de la personne hospitalisée doit être respectée (...)* » même si elle est hospitalisée sans son consentement.

²⁰ loi n° 94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain et loi n° 94-654 du 29 juillet 1994 relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal.

²¹ Article 16 du chapitre II du titre 1^{er} du livre 1^{er} du Code civil

²² Décision du Conseil Constitutionnel n° 94-343/344 DC du 27 juillet 1994, JO du 29 juillet 1994, p. 11024

²³ RIVERO J. – L'entreprise et les libertés.- Dr. Soc., 1982, p.423

2.1.2.4 Le respect de l'identité : un droit rappelé dans la charte du malade hospitalisé

Comme le dit B. JACKSON²⁴, autant la protection de la personne humaine est un impératif catégorique, autant la dignité de la personne humaine doit être un principe inflexible.

L'Association Médicale Mondiale dans sa déclaration de 1995, présente quelques uns des droits de principes du patient. Parmi ces droits se situe le droit à la dignité : *« la dignité et le droit à la vie privée du patient, en matière de soins comme d'enseignement, seront à tout moment respectés. Le patient a droit à ce que le mode d'apaisement de ses souffrances soit conforme à l'état actuel des connaissances. Le patient en phase terminale a le droit d'être traité avec humanité et de recevoir toute l'aide disponible pour que sa mort soit aussi digne et confortable que possible. »*

La Charte européenne du malade usager de l'hôpital adoptée par le Comité hospitalier de la CEE en 1979 précise que *« le malade usager de l'hôpital a le droit d'être soigné dans le respect de sa dignité humaine . »*

L'OMS, en 1994, dans le préambule de la Déclaration sur la promotion des droits des patients en Europe, s'agissant du respect des droits individuels, précise que ces droits portent sur des domaines tels que l'intégrité de la personne, le respect de la vie privée. L'article 1 précise que *« chacun a le droit au respect de sa personne en tant qu'être humain »*.

Partie intégrante du respect de la dignité humaine, le respect de l'identité apparaît comme un droit fondamental.

La charte du patient hospitalisé²⁵ dans son introduction précise que *« les établissements de santé se doivent de veiller au respect des droits de l'homme et du citoyen reconnus universellement, ainsi que des principes généraux du droit français : non discrimination, respect de la personne, de sa*

²⁴ JACKSON B. , opus cité

liberté individuelle, de sa vie privée, de son autonomie. Les établissements doivent, en outre, prendre toutes dispositions pour que les principes issus de la loi et relatifs au respect du corps humain soient appliqués. A ce titre, il leur faut assurer la primauté de la personne et interdire toute atteinte à la dignité de celle-ci. »

C'est dans le chapitre VII de la Charte qu'est envisagé plus explicitement les droits au respect de la personne et de son intimité. Nous touchons là à un des éléments de l'identité. « *La personne hospitalisée est traitée avec égards et ne doit pas souffrir de propos et d'attitudes équivoques de la part du personnel.* » Ses croyances doivent être respectées. Son intimité doit être préservée ainsi que sa tranquillité.

2.2 A l'hôpital un risque d'atteinte à l'identité de l'usager

L'hôpital est un lieu où la personne en demande de soin est prise en charge pour répondre à ses besoins liés à la maladie dont il souffre. Le concept d'institution fait lui aussi l'objet d'une approche psychosociale. Les effets totalitaires de l'institution totalisante sont étudiés dans leur rapport avec la dépersonnalisation de l'individu. La personne qui entre dans l'institution hospitalière comme demandeur de soins est soumise au risque d'une atteinte de son identité.

2.2.1 Un individu fragilisé

En ce sens la personne entre dans un processus de dépersonnalisation et de perte d'identité. Deux facteurs appuient cette affirmation : la pathologie dont le patient est porteur et qui en elle-même fragilise l'individu, d'autant qu'il sera vieux ou malade mental, mais aussi parce que l'hôpital jouant le mieux possible son rôle de réponse à la demande de soins aura tendance à pallier

²⁵ circulaire DGS/DH/95 n° 22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés et comportant la Charte du patient hospitalisé

toujours plus, à devenir de plus en plus totalisant dans la prise en charge, donc à dépersonnaliser de plus en plus la personne.

2.2.1.1 La maladie facteur de fragilisation de l'individu

La maladie est effectivement un facteur important de fragilisation de l'individu. Le patient est avant tout agressé par sa maladie. Il côtoie des sentiments de culpabilité, de rejet, d'insécurité, ...

Sa souffrance a des répercussions sur la santé psychique (deuils, sentiments contradictoires, recherche de soutiens,...). Il se met en place une sorte de violence relationnelle et existentielle et nous pouvons affirmer comme MAURANGES A.²⁶ qu'il n'y a pas de maladie sans violence. Cette violence liée à la maladie elle même peut s'inscrire dans les dysfonctionnements organisationnels et institutionnels rassemblées dans la notion de violence institutionnelle passive telle que nous l'appréhendons dans ce travail.

La maladie est d'autant plus fragilisante pour l'individu usager de l'hôpital que l'agressivité renvoyant à une peur non dite, à une émotion non cadrée dont le sens même est sa propre vie, son existence. La maladie fait peur, par son pronostic et par son processus mortifère.

Le patient se trouve dans une situation où les agressions institutionnelles ne seront pas reconnues comme telles, leur perception étant annihilée par l'état de la personne et la centration sur la maladie.

Les traitements mis en place peuvent eux aussi participer à la fragilisation de l'individu. Ils sont en eux-même une violence surajoutée. C'est souvent une violence qui est impliquée « dans l'interprétation psychologique légitime des conduites de résistance des patients »²⁷. LEBEER parle de comportements réfractaires des patients et terme de comportements « non

²⁶ MAURANGES Aline, op.cit.

²⁷ LEBEER Guy.- « La violence thérapeutique »- Sciences sociales et santé, vol. 15, n° 2, juin 1997, pages 69-97

compliantes »²⁸. Ils ont pour conséquence une déresponsabilisation de la personne. Sa volonté est comprise comme entravée par la douleur, par un défaut d'adaptation psychologique, ou par la maladie mentale. Les plaintes de ce patient sont donc entendues avec prudence, et plus pour ce qu'elles disent du plaignant que pour ce qu'elles disent de la violence.

2.2.1.2 Evolution du risque en fonction de la demande de la personne

Le patient en demande de soins se place en situation de diminution de son autonomie. MALHERBE J-F²⁹ dit qu'il y a autonomie lorsque l'on se donne à soi-même sa propre loi. Il s'agit de cultiver, entre autres, la dignité et la liberté. Dans l'institution hospitalière, plus la personne va se trouver en demande de soins vis à vis de l'institution, plus la dépendance s'installe, plus le risque d'un développement de l'aspect totalisant de l'institution va se faire sentir, sous des prétextes hygiénistes, sécuritaires ou thérapeutiques, grignotant l'identité.

L'être vivant est un ensemble à la fois fermé et ouvert. Fermé au niveau de ses mécanismes de régulation, de l'équilibre et de l'homéostasie, ouvert parce qu'il doit puiser son énergie et son organisation dans l'environnement. Il est donc partie intégrante d'un système, tout en cherchant à être autonome dans ce système. L'idée d'autonomie amène à penser que le système est producteur de lui même (MORIN E.³⁰). En effet l'autonomie et la dépendance sont des notions très liées. Plus la capacité d'autonomie s'accroît, plus la dépendance s'accroît. Plus nous arrivons à être autonomes, plus nous sommes dépendants de ce qui nous permet d'être autonomes.

Plus l'utilisateur tendra à être autonome dans l'institution, plus il se mettra en dépendance de l'institution et de ce que lui permet cette institution.

Or l'hôpital est une institution à tendance totalisante.

²⁸ LEBEER opus cité

²⁹ MALHERBE J-F.- Autonomie et prévention – alcool, tabac, sida dans une société médicalisée.- Paris, Ed : ARTEL-FIDES, Catalyse, 1995, 190 p

³⁰ CHAMPVERT P et coll.- « Entretien avec Edgar Morin».- Gestions hospitalières n° 330, novembre 1993, pages 686-689

2.2.2 Une institution totalisante

Dans les services accueillant des personnes âgées parfois pour plusieurs mois voire des années (services de soins prolongés), l'hospitalisation est un danger prégnant pour une personne fragilisée. « *Quelle personne, éloignée de son domicile, porteur de son grand âge et souvent de polyopathie, peut résister à la pression d'une institution fondée sur une organisation parfois rigide mais souvent oppressante.*³¹ »

Nous pouvons définir l'aspect totalisant d'une institution par le fait qu'elle peut assurer la totalité de la prise en charge de l'ensemble des aspects de vie des individus hébergés en son sein. En cela l'hôpital est une institution totalisante.

Au cours des entretiens nous avons cherché à vérifier si nos hypothèses d'une institution totalisante pouvaient se vérifier dans les structures hospitalières. Nous avons pu identifier lors des entretiens les éléments de définition de l'aspect totalisant d'une institution.

2.2.2.1 Approche psychosociale de la notion d'institution

C'est à travers une approche psycho-sociale que nous aborderons le concept d'institution. Le choix de cette entrée correspond à une réalité de terrain ; nous cohabitons en effet journallement avec cette approche de l'institution.

Parler d'institution, c'est désigner les formes sociales établies. L'institution représente des « *phénomènes sociaux, impersonnels et collectifs, présentant permanence, continuité et stabilité*³². » La notion d'institution englobe celles de normes, d'obligations, de règlements. Elle est soumise à des forces internes créant des équilibres mouvants selon les pressions contradictoires entre

³¹ VIDAL Dominique, op.cit.

³² CHEVALIER J. , cité dans HESS R., SAVOYE A, .- L'analyse institutionnelle.- Paris, PUF, collection Que sais-je ? n° 1968, 1983

l'instituant (ce qui crée et qui fait évoluer) et l'institué (ce qui est, la norme, l'ordre établi).

Dans l'institution existent des normes puissantes. Elles sont bâties sur une hiérarchisation de valeurs fortes, omniprésentes, très puissantes. Elles permettent à l'institution de vivre en tant que telle, mais en même temps elles sont un frein à l'évolution des intérêts des individus qui la composent. L'ensemble de règles et de prescriptions qui constituent les règlements témoignent de ce qui est autorisé et de ce qui est interdit.. Ces règles régulent l'organisation.

Parler d'institution c'est aussi s'obliger à prendre en compte plusieurs niveaux : individuel, interindividuel, groupal, organisationnel, institutionnel et politique.

Elle est en chacun de nous dès lors que nous sommes les utilisateurs de l'institution ; actifs ou passifs, dans un rôle de malade ou dans celui de personnel employé par l'institution pour son fonctionnement, comme rouage de l'organisation ou comme bénéficiaire direct de cette organisation.

2.2.2.2 De l'exclusion à la reconnaissance d'un statut

A remonter au moyen âge, l'hôpital peut être considéré comme le lointain héritier de la « xénodochia », ce lieu d'asile pour tous les démunis, adjacent à la cathédrale et sous sa dépendance. Hormis lorsque la famille a les ressources pour prendre en charge son parent malade, les autres, trop pauvres, en sont réduits à la charité seigneuriale et cléricale considérée alors comme devoir sacré et voie de salut de l'âme. Ceux que l'on enferme sont les malades et surtout les lépreux. Le recul de la lèpre va amener la vacance puis la reconversion de ces lieux pour d'autres populations que sont les indigents, les fous, ...

Au XVIème siècle, l'hôpital général est le lieu du grand renfermement mi pénitentiaire, mi charitable.

Au siècle des lumières l'internement est contesté. Le rapport de Tenon en 1777 sur l'administration des hôpitaux dénonce l'hétérogénéité des populations internées et le manque de soins donnés aux malades³³.

De nos jours ces notions semblent s'être quelque peu émoussées. Exclusion et enfermement ne sont plus une réalité pour l'ensemble de nos institutions. En psychiatrie même, bien que les hospitalisations sous contrainte soient encore nombreuses, proportionnellement aux autres pays de l'Union Européenne, les droits des patients sont protégés et il serait possible de parler de citoyens *encore plus citoyens* que les autres patients hospitalisés hors de toute contrainte.

2.2.2.3 Un fort pouvoir institutionnel

Nous aborderons ici le concept de pouvoir à partir de l'analyse stratégique. La problématique du pouvoir en institution est primordiale pour la personne soignée pour conserver son identité.

Maccio C.³⁴ dit du pouvoir qu'il est « *un système de relations à des objets, à soi même ou à d'autres personnes visant, à travers un acte utilisant une énergie, à modifier une situation* ».

Pour parler du pouvoir dans le cadre de notre étude nous allons nous centrer sur les approches de CROZIER³⁵ et de SAINSAULIEU³⁶. Trois axes permettent de le définir : l'acteur, l'incertitude et le quotidien. Il s'agit de l'autonomie de l'acteur, de sa liberté d'action et de manœuvre dans sa relation de pouvoir. Même si les personnes (autorités, hiérarchies) et les situations semblent figées, il existe une marge d'incertitude dans le comportement des acteurs.

L'institution hospitalière permet-elle à l'individu malade de se saisir de ce pouvoir ? Dans l'institution existent des normes puissantes bâties sur une

³³ FOUCAULT M. – Histoire de la folie à l'âge classique .- , Paris : Ed. Gallimard, 1972

³⁴ MACCIO C. – Autorité, pouvoir, hiérarchie ; du conflit à l'affrontement, la prise de décision – Paris : Ed du Cerf, 1980

³⁵ CROZIER M, FRIEDBERG E .- L'acteur et le système – Paris : Le seuil, 1977

³⁶ SAINSAULIEU R. – « L'identité et les relations de travail ».- Identités collectives et changements sociaux, sous la direction de Pierre TAP, 1980, Toulouse, Privat, collection Sciences de l'Homme

hiérarchisation de valeurs fortes. Normes et valeurs sont omniprésentes et très puissantes. Elle lui permettent de vivre en tant que telle. Mais en même temps elles sont un frein à l'évolution des besoins (intérêts) des individus qui la composent. Ces règles régulent l'organisation. Des exemples peuvent être relevés dans les règlements intérieurs des institutions sanitaires :

- pas d'animaux, alors que l'animal familier est souvent plus qu'un compagnon pour nombre de personnes âgées,
- visites réglementées alors que certaines catégories de personnes développent leur existence et leur résistance, leur capacité de relation autour de la réception d'amis, de parents à l'intérieur des murs mêmes de la structure³⁷,
- droit à la vérification et à l'inventaire des biens à l'entrée,
- discipline et exclusion du gêneur,
- liberté individuelle mise aux normes de la collectivité...

L'hôpital entre dans cette catégorie d'institution par ce qui a trait à la prise en charge de personnes jugées peu capables de subvenir à leurs besoins. L'hôpital étant là pour prendre en charge le patient, par nature il va apporter une réponse la plus complète au besoin de l'individu.

Dans le fait qu'elle est totalisante, l'institution hôpital a en germe de devenir totalitaire, dans le sens où elle ne laisserait plus voix à l'individu. Elle fonctionne entièrement pour elle, utilisant, à l'extrême, l'individu comme objet, à travers la mise en place de mécanismes institutionnels capables de réduire l'individu au rang d'objet.

2.2.2.4 Une floraison d'effets mortifères sur l'identité

Dans toute institution totalisante existent des mécanismes institutionnels qui participent à la négation de l'individu et à la prégnance institutionnelle sur la vie des personnes que l'institution prend en charge. Ce sont ces mécanismes qu'il est nécessaire de cerner afin de permettre le respect de

³⁷ DRULHE M. – « Identité des vieillards en situation d'hébergement définitif » – Identité individuelle et personnalisation, sous la direction de Pierre TAP, Toulouse, Privat, Collection Sciences de l'Homme , 1980

l'individu et de son identité. Il s'agit, selon DENOUX et DURAND³⁸ de la mortification, des ruptures, de la dépersonnalisation et des aspects disciplinaires.

La mortification

Elle peut se définir par la notion que quelque chose de soi meurt. La personne prise en charge dans un établissement de santé va en effet perdre les éléments de son univers objectal familial qui va être remplacé par les conditions standardisées de l'institution. Plusieurs mécanismes de mortification peuvent intervenir.

- *L'isolement* peut résulter du fait que s'instaure de part le règlement une limitation de la liberté d'aller et de venir dans et hors de l'institution (heures de sorties, heures de visites, lieux interdits, unités fermées en psychiatrie, ...). Cette barrière assure l'abandon des rôles antérieurs. Le nouveau rôle de malade va remplacer les autres, réducteur dans sa plénitude. A l'extrême, l'individu que le patient a été antérieurement à son hospitalisation, va être gommé ; négation de ce qu'il a vécu, de ce qu'il a pu être. La solitude met l'individu en dépendance par rapport à celui qui lui adresse la parole. Dans l'institution le premier contact est important. Penser que « c'est celui qui va s'occuper de moi » soulage la tension psychologique, mais en même temps met en dépendance par rapport à cette personne qui est, parfois à son insu, porteur du pouvoir contraignant de l'institution.

- *L'uniformisation*. L'individu ainsi dépouillé de ce qui a été sa vie antérieure, de sa reconnaissance, donc de certains éléments identitaires, peut se voir réduit à la chosification de son être. L'institution homogénéise, nivelle, uniformise. La réduction à une chose, à un numéro (numéro de chambre, numéro d'entrée, ...) est souvent perçue comme la négation de soi. Nous rappelons ici l'importance de la référence au patronyme, élément identificatoire s'il en est, pour s'entendre reconnaître en ce que nous sommes. L'utilisation de symboles systématiques de classement ou de catégorisation va participer à la perte de cet élément identificatoire. Le malade est souvent désigné par sa pathologie, le résident de

³⁸ DENOUX P., DURAND A. - « Spécificité du troisième âge ».- Identité individuelle et personnalisation, sous la direction de P. TAP, Toulouse, Privat, Collection Sciences de l'homme, 1980, pp 109 - 112

maison de retraite par « le vieux qui a ... telle dépendance ». La façon de penser des soignants et des personnels des établissements de santé et d'hébergement est parfois modelée dans ce sens par l'habitude. Même l'anonymat nécessaire pour respecter la confidentialité se transforme bien vite en numéro et entraîne la perte de l'identité ; anonymat nécessaire mais tellement déshumanisant. D'autre part l'institution dilue l'individu dans sa « masse collective » : indistinction et indifférenciation. La douleur (qui dérange) est atténuée ; elle est la douleur de tous (homéostasie). Il en est de même pour l'agressivité éludée. Les réponses sont souvent stéréotypées. Il y a peu d'espace entre ce type de réponse à une demande d'aide, et un individu considéré comme dérangeant.

- *La stigmatisation.* Dans beaucoup d'institutions la tendance à stigmatiser l'individu est plus forte que celle de le considérer comme « un homme ou une femme qui présente tel type de dépendance ». Plus considéré dans son entier par les représentants de l'institution à laquelle il s'est confié, l'individu peut se sentir en perte d'identité. La stigmatisation au sens de GOFFMAN³⁹ peut concerner la relation de la personne avec son passé, sa dépendance, sa moralité, sa couche sociale, son niveau intellectuel, sa religion, une tentative de suicide, une hospitalisation en milieu psychiatrique... Il peut alors être dépossédé de son propre corps, de son psychisme, considéré comme objet de soins. L'équipe « possède » l'individu à travers lui même et la stigmatisation qui en est faite.

- *Le dépouillement.* Le dépouillement de l'apparence extérieure peut amener l'individu à n'être plus distinguable que par des caractères définis par l'institution, caractères qui seront des qualités ou des défauts exposables pour l'institution dans une logique hygiéniste : être propre, sentir bon, se laver tous les jours, présenter bien, sont parfois davantage du côté d'un impératif institutionnel que d'un besoin du patient. La bonne présentation réponds aux valeurs véhiculées par la norme institutionnelle. Nous avons des exemples dans les structures de personnes âgées avec les dépouillements du visage par des « maquillages » systématiques, par des coupes de cheveux eux aussi systématiques sous le prétexte d'hygiène ou de confort. A l'hôpital, l'individu endosse même l'uniforme du malade (chemise « grabataire », pyjamas

³⁹ GOFFMAN E. – Stigmates – Paris, éditions de minuit, 1975

chirurgicaux...). Le dépouillement peut aussi passer par le regard scrutateur de l'autre, inquisiteur.

- *L'atteinte de l'image de soi.* Elle peut faire par différents mécanismes comme l'obligation de devoir passer par le référent institutionnel pour de menus actes de la vie quotidienne. L'institution se situe alors comme intermédiaire obligé entre l'individu et son propre corps. Il peut également s'agir d'un ensemble d'attitudes, de gestes obligés comme manger « proprement », ... Ce peut être au moment de l'accueil qui est souvent une succession de gestes, de protocoles immuables reproduits d'une personne à une autre ; mais qu'ont ces personnes en commun sinon de rentrer à l'hôpital par besoin. Ont-elles les mêmes attentes ? Qu'y a-t-il de commun entre des individus de générations différentes ? Même dans les services de personnes âgées se côtoient aussi bien des vieux et des vieilles de 70 ans que de 100 ans ; avec deux et parfois trois ou quatre générations d'écart, qu'ont leurs histoires de commun ?

L'individu lui même peut être amené à participer à ce mécanisme. Nous citerons l'exemple de Monsieur L. Pierre rencontré au cours d'un de nos stages. Il parle de lui par « on ». En effet « on » n'est plus différencié du groupe de malade, de la masse des autres patients. Monsieur L. pierre n'est plus Pierre mais l'élément « on » indifférencié de la globalité du groupe. L'image de soi est donc atteinte ; atteint aussi en conséquence un de ses référents identitaires.

Nous pouvons noter ici la participation à ce mécanisme de toutes sortes d'humiliations que peuvent subir les personnes comme le tutoiement abusif et inopportun, comme les surnoms « ingénieux » qui participent activement à la destruction de l'image de soi.

- *La promiscuité.* Elle est un autre mécanisme de la mortification. Il s'agit ici de la violation des domaines intimes de l'individu. Toute institution a tendance à participer à ce mécanisme, ne serait-ce qu'à travers le recueil de données nécessaire (?) pour établir le dossier. Le passé y est consigné avec parfois luxe de détails faisant que des inconnus arrivent à mieux connaître le passé de la personne que certains de ses intimes (sa vie privée, sa personne, ses faiblesses et ses défauts). Ce dépouillement de l'intimité fait que l'individu ne s'appartient

plus totalement. Il n'est plus « mystère ». Le dossier est là pour en attester. La traduction collective de certaines de ces données peut participer à la manipulation de l'image de l'individu. D'autre part que dire de la nudité souvent exhibée sous des prétextes futiles, voire des « inattentions » de personnels « blasés ».

La promiscuité physique engendre des contacts relationnels pas toujours souhaités par l'individu. Ses relations lui sont imposées. Elles peuvent être contraintes par la place physique qu'il occupe dans l'institution : chambre double, triple voire plus parfois dans certaines institutions, repas en commun non souhaités ... Nous ne pouvons faire fi de l'organisation de lieux parfois centrés sur la surveillance. Tout semble fait pour que l'individu se sente sous le regard d'un autre. Avec la limitation de ses désirs de mobilité et de décision engendrés par ce phénomène intime, la personne se regarde en permanence ignorant si elle est regardée, mais cherchant à donner l'image d'une adhésion institutionnelle à travers son comportement. Nombre d'institutions ou de services hospitaliers ont ainsi des passages obligés, par lesquels le jeu des regards peut se développer. Cette promiscuité par le regard rend l'individu objet, et participe par ce fait à une réductivité identitaire. Enfin simplement, l'espace privatif qu'est la chambre est-il vraiment respecté (porte laissée ouverte, entrer sans frapper, ...) ?

Les ruptures

Elles font partie d'un autre mécanisme institutionnel participant à la perte d'identité de l'individu en institution. Il s'agit des ruptures avec son propre corps, mais aussi avec les autres et avec l'institution elle-même, ruptures des habitudes, ruptures de la continuité temporelle.

Elles peuvent être des mises à l'écart dans un but déclaré de protection, mais provoquant la mise à distance de l'individu avec lui-même, avec les autres et même avec l'institution. Ces ruptures sont souvent assises sur la notion de découpage. L'argument fonctionnel est souvent avancé ; jamais totalement erroné mais souvent insuffisant pour expliquer rationnellement sa prégnance sur la vie de l'individu. Les découpages sont multiples, imposés par l'institution :

- *le découpage spatial*. Il y a des lieux pour toute chose (boire, dormir, manger, fumer, ...) pour lesquels le malade n'a pas droit à l'interprétation et à l'erreur⁴⁰. Dans les salles de restauration des services de soins prolongés par exemple la distribution des tables selon des critères organisationnels n'assure pas forcément la convivialité.

- *le découpage entre le normal et le pathologique* (dépendance, chambre, lieu de soin, ...)

- *le découpage dans le temps*. Il est particulièrement déstructurant et nous assistons à un émiettement de l'agir empêchant l'individu de développer une action continue dans laquelle il pourrait assurer sa structuration et son développement, donc conserver son autonomie.

- *le découpage du corps*. L'approche médicale est souvent organiciste. Sous le regard inquisiteur et qui analyse, il y a sentiment de morcellement du corps. Dans les institutions d'hébergement ou les structures de soins au long cours nous rencontrons les mêmes effets à partir d'éléments comme la recherche des besoins de la personne, les grilles de dépendance... Parfois le malade participe lui même à ce morcellement. Il indique, souligne ce qui le rend dépendant, certes dans l'espoir d'obtenir une aide, mais avec un résultat finalement négatif puisque ces éléments participent à la prise de pouvoir des représentants de l'institution sur lui.

- *le découpage éthique*. Il s'agit de la recherche des contrevenants aux règles, de ceux qui transgressent les interdits, et ce au nom du convenant, de la correction, de l'image institutionnelle. Comme nous l'envisagerons plus loin, nous pouvons assister à la mise en place d'un quadrillage disciplinaire.

Les besoins physiologiques de chaque individu sont définis par ses propres rythmes biologiques et physiologiques. Or la machinerie institutionnelle vient les régler, les distribuer dans le temps (manger, dormir, toilette, ...)

⁴⁰ HALL E. T. – La dimension cachée – Paris : Seuil, 1971

Elle régit le fonctionnement des corps, et la personne doit se plier aux règles instituées par l'institution. L'individu est dessaisi de son unité physiologique au profit de la règle institutionnelle. Ce qui faisait ses principes de fonctionnement (heures des repas, heure du dormir, de la sieste, des occupations), le malade s'en trouve dessaisi en même temps qu'il se sent provoqué en son intérieur, et qu'il se sent remis en cause dans son fonctionnement. L'institution hypernormative broie l'individu dans ce qu'il a de singulier. Or la singularité est identificatoire, et du fait que le singulier est « collectivisé », il y a perte d'identité.

L'institution est aussi pourvoyeuse de rupture avec les autres. Le passage à l'hôpital (psychiatrique par exemple) estampille l'individu dans ses relations futures.

Nous avons également relevé lors des entretiens une limitation des visites, parfois leur interdiction. Les sorties réglementées ont comme corollaire la limitation des relations.

Le défaut de participation

L'individu ne participe que très peu à la vie de l'institution, pourtant l'institution hospitalière peut participer pleinement à sa propre vie. En France, l'institution hospitalière n'a que très peu d'histoire démocratique, même si récemment la loi offre aux usagers la possibilité de participer à diverses instances : conseil d'administration, commission de conciliation, CLIN. Une future loi attendue pour le second semestre 2001 devrait encore étendre, ou du moins préciser la place des usagers ainsi que leurs droits. Les « acteurs » internes n'ont que peu part à la décision. Historiquement l'organisation de nos institutions est restée sur un modèle somme toute très taylorien, qui a évolué vers une participation, mais qui reste sur des bases rationalistes. La capacité à s'investir dans le fonctionnement participe de l'identité de l'individu ; mais il est très peu reconnu comme participant actif dans l'institution hospitalière.

L'institution hospitalière est encore bien souvent au service d'elle-même et de ses personnels avant que d'être à celui des personnes soignées. A la

décharge des soignants, leur souffrance n'est pas toujours prise en compte non plus

La dépersonnalisation

Autre mécanisme, la dépersonnalisation engendrée par l'institution participe également à la perte d'identité de l'individu à l'hôpital. Le lien qui s'établit entre le besoin et les objectifs de la personne soignée passe par le règlement, ce qui permet un droit de regard du soignant sur le soigné, mais aussi la visibilité de l'institution sur la vie personnelle. Cette dernière a tendance à s'amenuiser au profit de la vie institutionnelle.

La dépersonnalisation peut également passer par le fait de démontrer à l'individu l'impossibilité de modifier une règle malgré sa demande (logique hygiéniste, logique gestionnaire...). La crédibilité mise par le patient usager dans l'institution hospitalière à laquelle il se remet peut donc être utilisée pour le sanctionner ou le contrôler.

Dépersonnalisation également dans l'infantilisation du vieillard hospitalisé. Le processus institutionnel peut transformer les gens sains en personnes dépendantes sur le plan psychosocial. La personne devient « objet-jouet » passif, un objet inanimé (sans âme), à la dignité d'être humain bafouée.

Le soignant peut se situer comme « mère ». Ce rôle de parent maternant entraîne une fuite de la personne âgée, un enfermement dans ses souvenirs, et finalement une régression. Les effets sur les soignants font que ces derniers prennent une attitude défensive vis à vis du patient, attitude qui passe par une désensibilisation entraînant un regard d'autant plus an-humain vis à vis de l'âgé considéré comme objet.

Le quadrillage disciplinaire

L'exemple peut là aussi être pris chez la personne âgée hospitalisée. L'approche des personnels (et même des familles) assimile parfois la personne âgée à un être à surveiller, à contrôler plus qu'à un individu porteur d'un projet individuel respectable dans tous les sens du terme. Le quadrillage disciplinaire

mis en place par l'institution sous des prétextes souvent sécuritaires vise à surveiller, contrôler, dépister, interdire et inspecter. Il enferme le patient dans un carcan d'attitudes et de comportements qui le rendent acceptable pour l'institution, et par lesquels il perd de ce qu'il est, de ce qui fait son identité.

L'hôpital regroupe les facteurs relatifs à une institution totalisante comme nous l'ont imaginé les données des entretiens menés auprès des soignants. L'ensemble des effets mortifères sur l'identité de l'utilisateur sont présents, soit en germe, soit développés. Ils peuvent agir dans ce sens d'autant plus que la fragilisation de l'individu sera importante (maladie, vieillard, enfant, malade mental, souffrance physique...).

Ces éléments entrent en jeu dans la pression de l'institution sur l'individu à travers les comportements des soignants. Pourtant peu d'entre eux sont conscients d'être porteurs de cette forme de violence.

2.2.3 Un manque de prise de conscience de la violence institutionnelle passive

Plus de la moitié des soignants nous sont apparus comme se sentant peu impliqués dans cette violence institutionnelle. Ce manque de conscience semble provenir de deux aspects qu'ils présentent comme pouvant être responsables de cet état de fait. D'une part, le thème n'a été que rarement abordé en formation initiale, et d'autre part les soignants en activité sont très souvent plus centrés sur la tâche technique ou relationnelle « thérapeutique » que sur le sens même de la prise en charge et le respect de l'individu.

2.2.3.1 Un thème peu abordé en formation initiale

Les soignants enquêtés affirment à 61 % n'avoir pas abordé ce thème lors de leur formation initiale. De plus ils n'ont pas été conscients de ce phénomène durant leur formation, absorbés qu'ils étaient par leur apprentissage « technique » et de la démarche de soins. Ils étaient très peu centrés sur le fonctionnement institutionnel.

Les programmes ne prennent en compte que très sommairement ce thème (IFSI et écoles d'aides-soignants). Les entretiens ont montré que c'est surtout au niveau des stages effectués que l'étudiant aborde éventuellement la question devant une interrogation qu'il peut avoir face à un acte ou un non-acte relevant de cette violence institutionnelle. Le terrain est un lieu de complémentarité pour la formation de base, la partie théorique de la formation n'aborde que les grands principes, que le terrain illustre ensuite. Les responsables soignants doivent y être sensibilisés. L'appropriation des concepts se bâtit lors des stages et de la confrontation à des situations différentes auprès des usagers et des équipes.

Certains soignants ont cependant constaté que les étudiants se positionnaient peu au cours du stage par rapport à des actes agressifs de toute sorte ; peu de refus, peu de questions. S'ils abordent parfois ce sujet ce n'est souvent qu'en fin de stage, au cours de l'évaluation.

D'autres soignants interrogés avancent qu'ils n'ont pas eu d'expérience de violence institutionnelle passive. Ils n'y portent donc pas attention vis à vis des étudiants. Même si les soignants n'y sont pas préparés, l'essentiel serait la vision qu'ils vont donner en accueillant les étudiants. Lorsqu'une partie des interviewés présente l'infirmière comme un « modèle », pour l'étudiant, d'autres disent ne s'être jamais posé la question d'aborder ce thème au cours du stage.

Pourtant certains d'entre eux se sentent préparés à la médiation et au dialogue, tout en dénonçant le manque d'attention et d'écoute par rapport aux besoins des patients.

Il semble donc que cet aspect soit un axe pédagogique à développer, à négocier avec l'étudiant et soit inscrit comme un objectif à atteindre, comme un apport spécifique que le service a à proposer.

2.2.3.2 Des soignants centrés sur la tâche et moins sur le sens

Dans les réponses apportées par les soignants au cours des entretiens, deux discours différents se détachent. D'une part les soignants sont plus centrés sur la tâche que sur le sens du soin, et d'autre part le sens du soin est de mieux en mieux pris en compte dans l'activité soignante. Il est difficile d'opposer totalement ces deux logiques car il semble préférable de penser en terme de court, moyen ou long terme, la centration sur la tâche faisant plus l'objet du court terme, la centration sur le sens étant elle plus liée à l'anticipation, donc à moyen et long terme.

Centration sur la tâche

Pour les personnes interviewées, la centration sur la tâche est liée à trois facteurs.

Tout d'abord le cloisonnement des activités et des acteurs de soins participe fortement à se centrer sur la tâche que l'on a à accomplir sans prendre en compte le contexte général du soin. Les actions ne sont pas alors vécues comme un partenariat dans une chaîne de soins. C'est pourtant cette chaîne de soins qui peut donner le fondement et le sens du soin.

En second lieu, la centration sur la tâche est due à une charge de travail importante qui induit la pratique de soins en série. De plus, le rythme de travail vécu par les soignants ne permettraient plus la prise de recul et l'analyse de ce qui est fait, engendrant la tendance à sélectionner, dans ce contexte, les soins jugés nobles.

Enfin, la carence constatée en effectifs est également un facteur de centration sur la tâche. Les soignants sont plus dans le faire que dans la réflexion. Les équipes se considèrent souvent comme en état de « survie » et ce qui les anime se situe au niveau de l'immédiateté. Les journées de travail s'organisent à partir des actes techniques et des prescriptions. Nous avons noté lors des entretiens la difficulté à mettre en place des organisations de travail par

groupes de malades (sectorisation des services), délaissant ainsi la prise en charge globalisée de l'individu.

Vers une meilleure prise en compte du sens du soin

Le sens du soin reste un idéal que les soignants gardent en ligne de mire mais qu'ils disent bien souvent ne pouvoir atteindre.

Malgré des effectifs parfois restreints voire déficients, les soignants cherchent à analyser dans leurs pratiques les organisations de travail ; ils se posent la question de la nécessité et de la pertinence des remises en causes.

Nous avons rencontré, au cours des entretiens, des équipes décrites comme engagées dans un projet thérapeutique partagé, dans une réflexion préalable aux hospitalisations, sur la conception de l'homme avec la composante particulière du malade, sur l'engagement auprès de la personne soignée, par l'utilisation d'outils du type des transmissions ciblées, des plans de soins et des démarches de soins qui donnent du sens au soin. Donner du sens revient à s'inscrire dans un processus de soin, dans une chaîne de soins, dans les actions de formation qui concourent à favoriser la prise en charge globale du patient. Nous avons relevé que le cadre était souvent cité comme l'élément clé qui peut fédérer l'équipe autour de cet objectif.

Parmi les soignants, le sens du soin serait plus développé chez les infirmières, notamment grâce au contexte d'évaluation obligatoire que nous vivons actuellement. Les évolutions des pratiques avec la mise en place des dossiers de soins, l'amélioration des protocoles et des procédures viennent alimenter les changements vers une augmentation de la qualité. La mise en place des démarches qualité dans les établissements de soins réoriente les soignants sur la globalité de la prise en charge ; elle recentre sur le sens du soin plus que sur la tâche.

« Il reste à chacun d'entre nous d'avoir une éthique pour l'Homme et de promouvoir cette recherche permanente par la raison et l'écoute en profondeur des autres »⁴¹

BARDET R.

3 UNE VOLONTE DE LIMITER LES EFFETS DE LA VIOLENCE INSTITUTIONNELLE PASSIVE

3.1 Légitimer l'utilisateur dans un rôle d'acteur pour protéger son identité

De plus en plus le patient-usager de l'hôpital sort d'une position de soumission pour jouer un rôle de contrôle et prendre pleinement sa place d'acteur dans l'institution.

3.1.1 D'une position de soumission à l'autorité ...

Il y a encore peu de temps le rôle assumé par le malade lui était assigné ; le patient se trouve dans une situation qui implique qu'autrui le prenne en charge. Son rôle est de rechercher l'assistance des personnes compétentes. La relation qui s'installe est très proche de la relation parent-enfant de l'analyse transactionnelle, entre le patient et les soignants⁴². Affranchi de responsabilité, le patient peut percevoir cette situation comme confortable.

3.1.1.1 Un processus d'infantilisation

La structure hospitalière participant au processus d'infantilisation du patient, ce dernier peut adopter un comportement régressif, accaparé par la satisfaction de ses besoins personnels. Le rétrécissement de ses centres d'intérêt

⁴¹ BARDET R. - « Violences inconscientes et violences structurales ».- Communautés éducatives, N° 112, Septembre 2000

peut l'amener à être indifférent à l'égard de ce qui ne le concerne pas directement. Il se met en dépendance étroite à l'égard des soignants.

Malade, l'usager de l'hôpital a son mental dominé par un sentiment d'angoisse en même temps que les soignants revendiquent qu'il ne mette pas en doute l'autorité médicale. Dans ce contexte le médecin reste auréolé d'une prérogative de l'ordre du magique sinon du religieux, même s'il apparaît que ce rôle diminue dans la société actuelle. La représentation sociale commune du rapport médecin - malade est en évolution.

Dans cette situation où le patient est en position infantilisante et où l'autorité médicale joue pleinement, le champ de la soumission de l'individu à l'autorité est largement ouvert. Le patient se place lui même dans une structure hiérarchique. Nous pouvons ici nous appuyer sur le travail de MILGRAM S. sur la soumission à l'autorité : un individu peut être amené à mettre en sommeil sa conscience quand il entre dans une structure hiérarchique⁴³, et se soumettre à une autorité supérieure reconnue comme compétente. Cette soumission à l'autorité s'entend à l'hôpital comme une soumission au pouvoir des blouses blanches, de la connaissance, du savoir, mais aussi à l'institution en elle même ; elle ne favorise pas toujours la distanciation avec ce type de soumission du patient . Y a t il prise en compte de la disponibilité des patients ? L'information est elle adaptée et pertinente ? Des exemples donnés lors des entretiens appuient cette idée : les hospitalisations sous contrainte en psychiatrie, la non diffusion du dossier de soins, le manque d'information sur le traitement médical avec une absence quasi totale de consentement éclairé lors des prescriptions médicales et les soins, délais d'attente aux urgences et pour les rendez-vous.

3.1.1.2 Influence de certains facteurs

Cette soumission à l'autorité est cependant à moduler en fonction du niveau de dépendance, de l'âge et de l'origine sociale ; ces facteurs peuvent en influencer le degré. Elle (autorité médicale le plus souvent) est présentée par les soignants comme nettement plus importante dans certains services comme par

⁴² SWERT Paul .- Eléments de sociologie hospitalière .- Edition : Le Centurion, 1974

exemple les urgences, même si cette tendance décroît actuellement avec la mise en place des dispositifs mettant en avant les droits du malade. Ce dernier fait d'ailleurs de plus en plus valoir ses droits. Le nombre de cas venant devant la commission de conciliation à cause par exemple d'un manque d'information en fait foi.

L'organisation qui n'est pas encore pensée pour le patient mais plus souvent par rapport aux contraintes réglementaires, familiales et professionnelles participe de la soumission à l'autorité. Le patient est, en absence de connaissances et de choix réel, atteint dans son identité ; il peut développer un sentiment d'infériorité et de faiblesse.

3.1.1.3 L'évolution actuelle

L'évolution actuelle met l'accent sur les droits des usagers. La relation soignant-soigné est en pleine évolution au bénéfice de la personne soignée. Les droits des patients sont de plus en plus médiatisés. Les textes législatifs renforcent cet état de fait. Les établissements de santé sont fréquemment confrontés à des recours en justice intentés par des patients qui estiment ne pas avoir reçu des soins de qualité.

Le malade est resté longtemps l'objet de soins à l'hôpital avant que lui soit reconnu pleinement sa place d'individu usager de l'institution hospitalière, avec d'abord une capacité de contrôle.

3.1.2 ... à une position de contrôle...

Il s'agit là en effet d'une affirmation du rôle d'acteur pour le patient usager ou ses représentants au sein de l'institution hospitalière, affirmation voulue et reconnue par le législateur

L'ordonnance du 24 avril 1996 élargit certaines idées introduites dans la charte du patient hospitalisé qui avait recommandé la mise en œuvre de procédures de médiation interne.

⁴³ LECOMTE J. - « Stanley MILGRAM . Soumission à l'autorité ».- Sciences humaines, n° 72, Mai 1999, pages

L'usager est désormais représenté dans les instances .

3.1.2.1 Au Conseil d'administration

Les représentants des usagers siègent désormais au Conseil d'administration de l'hôpital des établissements publics de santé. Désignés pour 3 ans, ces représentants sont issus d'organisations régionales ou départementales défendant les intérêts des patients, des consommateurs, des familles, des personnes âgées ou handicapées (selon l'orientation de l'établissement).

L'article L.6143-5 du CSP prévoit la présence des représentations des usagers comme une des six catégories de membres du Conseil d'administration. Il précise en outre que « dans les établissements comportant des unités de soins de longue durée, un représentant des familles de personnes accueillies en long séjour peut assister, avec voix consultative, aux réunions du conseil d'administration. »

3.1.2.2 Au CLIN

Le décret n° 99-1034 du 6 décembre 1999⁴⁴ relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé ouvre la participation des représentants des usagers aux réunions du CLIN de façon consultative, pour la discussion du rapport d'activités et celle du programme annuel d'actions, donc des séances permettant un « contrôle ».

3.1.2.3 A la Commission de conciliation

Dans chaque établissement de santé, une commission de conciliation est chargée d'assister et d'orienter toute personne qui s'estime victime d'un préjudice du fait de l'activité de l'établissement et de lui indiquer les voies de conciliation et de recours dont elle dispose.

42-44

⁴⁴ Code de la santé publique article R. 711. 1-6 : « Les représentants des usagers siégeant au Conseil d'administration, ou au sein de l'organe qualifié qui en tient lieu , assistent avec voix consultative à la séance du comité au cours de laquelle sont discutés le rapport d'activités et le programme annuel d'actions. (...) »

La Commission de conciliation prévue par le décret du 2 novembre 1998 est aujourd'hui installée dans la quasi totalité des établissements de santé. Certains établissements n'avaient pas attendu ce décret pour mettre en place une gestion des plaintes et des réclamations, sous des formes variées, souvent confiée soit à un administratif ou à une instance pluridisciplinaire, mais rarement les usagers avaient leur place dans ces instances. Aujourd'hui les médecins et les soignants montrent de l'intérêt pour cette structure, l'estimant « utile aux patients » et permettant de « mieux gérer les risques »⁴⁵. L'utilisateur est informé de l'existence de cette commission par le livret d'accueil et souvent par affiches. Les jours et heures de permanence sont portées à la connaissance des usagers. Cette permanence peut être assurée par les représentants des usagers siégeant dans la commission.

Une enquête menée par le CHU de Bordeaux en 2000 a montré que les motifs des plaintes devant la Commission de conciliation décrivaient « *de manière douloureuse ou indignée les attitudes ou les comportements, ou bien l'information tronquée ou ambiguë qu'ils ont pu recevoir* »⁴⁶. La même enquête précise que dans 85 % des courriers ou des échanges, le mécontentement est lié au personnel médical (sont cités nominativement, es qualité ou implicitement les médecins ou internes). Le personnel paramédical est mis en cause dans 25 % des dossiers. L'attitude ou le comportement du personnel médical et/ou soignant est cité dans 38 % des cas.

La Commission de conciliation apparaît donc comme une instance dans laquelle les usagers ont une fonction de contrôle des éléments des plaintes, et qui peut participer à la « réconciliation » entre l'utilisateur et l'hôpital lorsqu'un élément de mécontentement apparaît.

Ce dispositif voulu en terme de partenariat, permet d'intégrer le patient-usager dans le processus décisionnel, médical et administratif, dans une

⁴⁵ Tesnière C et Baste J-C.- « Commission de conciliation : analyse, mise en œuvre et perspectives. »- Revue hospitalière de France, n° 5, Novembre – décembre 2000, pages 6-12

⁴⁶ Tesnière C et Baste J-C., Op. cit.

démarche pragmatique qui prend en compte quotidiennement chaque cas particulier.

Sortant d'une position de soumission à l'autorité, installé en position de contrôle dans les instances que sont le Conseil d'administration, la commission de conciliation et le CLIN, l'utilisateur va pouvoir développer pleinement un rôle d'acteur dans l'institution hospitalière.

3.1.3 ... Pour une légitimité dans un rôle d'acteur

L'utilisateur de l'hôpital va pouvoir s'installer progressivement dans un rôle d'acteur, mais la réaction à l'agression de l'institution totalisante passe d'abord par l'acceptation de règles informelles qui permettent d'installer des contre-pouvoirs.

3.1.3.1 Respecter le positionnement des usagers

Nous l'avons vu les usagers ou leurs représentants prennent une place de plus en plus importante en terme de contrôle et de gestion administrative. Leur écoute et la recherche d'un partenariat deviennent nécessaires sinon inéluctables. Les usagers se positionnent en tant qu'acteurs de l'hôpital, citoyens et non plus seulement comme utilisateurs-clients.

L'écoute des usagers peut se faire à travers les outils que sont les questionnaires de sortie et les plaintes devant la commission de conciliation, mais aussi celles déposées auprès de la Direction de l'établissement, principaux éléments permettant le retour du ressenti des patients quant à la globalité de leur séjour hospitalier.

Pour ce une analyse des informations ainsi recueillies devrait se faire par exemple au sein d'une cellule de travail rattachée à la Qualité et dont des soignants feront partie.

3.1.3.2 Permettre que s'installent des contre pouvoirs

Un des concepts essentiels pour permettre à l'utilisateur de se positionner en tant qu'acteur est celui du pouvoir. Pour être véritablement acteur, il doit pouvoir développer une zone d'incertitude qui lui donnera le pouvoir nécessaire à résister aux effets mortifères de l'institution et à installer ses stratégies. Nous l'avons vu, même si les personnes (autorités, hiérarchies) et les situations semblent figées, il existe toujours une marge d'incertitude dans le comportement des acteurs. C'est le grain de sable inattendu qui va soumettre la mécanique organisationnelle à évolution. Il s'agit de l'autonomie de l'acteur, de sa liberté d'action et de manœuvre dans sa relation de pouvoir. Il va développer une zone d'incertitude et poser des actes qui lui permettront de s'affirmer comme partenaire reconnu dans une relation.

Il s'agit d'une méthode centrée sur l'individu, même si les coalitions et les alliances jouent un rôle important dans les stratégies de pouvoir.

Il existe des processus liés à la négociation, au marchandage, voire à des situations de conflits.

Enfin rappelons que CROZIER et FRIEDBERG⁴⁷ disent du pouvoir qu'il est « *un mécanisme quotidien de notre existence sociale* ». L'hôpital, plus que bien d'autres institutions, n'échappe pas à une lutte de pouvoirs. Entre les groupes sociaux qui y gravitent, dont celui des usagers, existent des rapports de domination qui participent à installer certains groupes sur des statuts différents et à façonner des hiérarchies.

Nous envisageons donc le pouvoir comme un mode de relations stratégiques entre individus ou groupes qui mobilisent les ressources pour occuper la situation la plus favorable possible. Le pouvoir se caractérise par des relations dynamiques entre acteurs qui mettent en œuvre des stratégies,

⁴⁷ CROZIER, FRIEDBERG, 1977, opus cité

« c'est à dire qui ordonnent des moyens, manœuvrent, négocient » (GIACOBBI M., ROUX JP, 1990⁴⁸).

En critiquant les modèles rationalistes, CROZIER (1977) dit que
« l'organisation ne pouvant tout prévoir, chaque fois qu'il y a un trou dans l'organisation, l'individu s'y glisse pour prendre du pouvoir ». ⁴⁹

L'institution hospitalière est encore bien souvent structurée sur le mode « one best way ». Elle a été traversée par le courant des relations humaines qui méconnaissait cependant l'importance des structures organisationnelles. Or, l'homme met en place des modes d'organisation et de relation qui prennent en compte bien d'autres aspects que sa propre psychologie. L'ouverture actuelle se fait plutôt dans le cadre de l'analyse stratégique. Les individus sont considérés comme des acteurs dont les objectifs personnels peuvent ne pas coïncider avec les buts de l'organisation. Il s'avère dès lors indispensable d'établir des répartitions de pouvoir en fonction de négociations permettant à chacun d'atteindre ses objectifs propres en utilisant un moyen commun qui serait l'évolution et la marche de l'entreprise.

Les compromis avec les autres partenaires de l'organisation sont nécessaires. La négociation postule l'indispensable reconnaissance de l'autre comme acteur et partenaire. Elle est un ensemble d'échanges coopératifs et conflictuels. C'est autour d'elle que les acteurs vont identifier les enjeux, les dangers et les ressources qui vont impliquer le mode stratégique que chacun va développer pour atteindre ses objectifs.

Au niveau des stratégies, l'important n'est pas ce qui se passe à l'intérieur, ni ce qui se passe à l'extérieur, mais dans la capacité à maîtriser les réseaux entre les deux.

Nous postulons que développer du pouvoir c'est développer une capacité à rendre un comportement imprévisible, à accroître sa zone d'incertitude et à contrôler celle de l'autre.

⁴⁸ GIACOBBI M., ROUX J-P.- Initiation à la sociologie .- Paris, Hâtier, 1990

⁴⁹ CROZIER, FRIEDBERG, opus cité

Les conduites des membres d'une organisation telle que l'institution hospitalière ne sont en fait que partiellement définies par les règles officielles. La position hiérarchique en elle-même n'est pas une relation de pouvoir. Dans toute organisation il existe toujours une zone de relation impossible à régler. Ces zones d'incertitudes sont autant de zones de pouvoir pour les individus usagers de l'hôpital.

3.1.3.3 Adapter l'institution aux besoins de l'utilisateur

Le XX^e siècle a vu le passage d'une relation caritative entre l'hôpital et ses malades, marquée notamment, selon LEFEVRE R.⁵⁰ par le bénévolat des médecins et l'exercice d'un véritable sacerdoce par le personnel soignant, à la reconnaissance d'une situation légale et réglementaire qui autorise l'utilisateur à se prévaloir de véritables droits.

Les droits du malade apparaissent dans les ordonnances sur l'humanisation des hôpitaux en 1958

Une évolution des textes depuis les années 1970⁵¹ renforce les droits des patients à l'hôpital. Mais cette dynamique est restée fragile, le droit à l'information par exemple n'étant pas totalement respecté de nos jours.

Face à une demande accrue de soins – quantitative (vieillesse de la population) et qualitative (l'échec de la médecine est de moins en moins accepté) -, le législateur dans les années 1990⁵² a renforcé les droits des malades. Ainsi répondait-il à une attente forte des patients qui, de personnes passives peuvent devenir les acteurs de leurs soins, entre autre par la demande d'informations.

⁵⁰ LEFEVRE Richard, SIRIF, Cours 1999

⁵¹ décret du 14 janvier 1974 relatif au règlement intérieur (droits et devoirs des patients) et circulaire Veil du 20 septembre 1974 instituant la charte du malade hospitalisé

⁵² circulaire DGS/DH du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés et comportant une charte du patient hospitalisé,

décret du 6 septembre 1995 portant code de la déontologie médicale,
ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée,
loi du 31 juillet 1991 et décret d'application du 30 mars 1992 relatifs à la communication des informations médicales contenues dans le dossier médical par l'intermédiaire d'un praticien (et loi du 18 janvier 1994)

Le malade, « seule référence de l'hôpital » selon la formule de Jean-Marie CLEMENT⁵³, participe de plus en plus et de mieux en mieux aux choix thérapeutiques qui le concernent.

Dans notre pensée occidentale, même si la référence au besoin a toujours un sens dans un contexte culturel spécifique, la fonction principale de la notion de besoin est une fonction de réassurance, de sécurité.

Nous sommes conscients également de la fonction critique de cette notion de besoin. En effet la référence au besoin est souvent un moyen de critique, de protestation, un moyen d'argumentation pour guider une action en la justifiant par ce biais.

Laissant de côté la conception déterministe du besoin (MARX, BOURDIEU, ...), nous avons fait le choix d'une approche du besoin en tant que donnée préexistante ; les comportements des acteurs sont déterminés par leurs besoins. Le besoin est le moteur des comportements des individus et des institutions. Dans le même sens qu'A . CONTE ou MALINOWSKI, il nous semble raisonnable de penser l'organisation de l'institution comme une réponse aux besoins des usagers.

L'adaptation de l'institution aux besoins des usagers est le leitmotiv des responsables. Les ordonnances de 1996 placent l'utilisateur au cœur du dispositif. Il devient de plus en plus un citoyen protégé contre les préjudices qu'il pourrait subir. La structure hospitalière s'adapte en terme de médiation. Il a été avancé au cours des entretiens que les hôpitaux de proximité faisaient preuve d'une réactivité supérieure grâce à leur taille par rapport à l'évolution des demandes et des besoins des usagers. Il est vrai qu'ils doivent fidéliser leur clientèle s'ils veulent survivre. Pour ce être réactif est essentiel pour eux.

⁵³ CLEMENT J.-M. – Droit des malades et bioéthique, Edition Berger Levrault, 1996, Cité dans CASTRO L- « Le respect du droit à l'intimité des patients : un défi pour l'infirmière générale », Mémoire ENSP 1999

Plus généralement, l'engagement des établissements de santé dans une démarche d'amélioration de la qualité constitue une adaptation aux besoins des usagers.

Enfin nous avons pu noter ces dernières années une évolution sur la prise en charge de la douleur, sur l'amélioration de l'hôtellerie et le confort, autant d'éléments répondant aux demandes des usagers.

Ces évolutions découlent pour une bonne part de la contrainte du législateur qui oblige les établissements à prendre en compte la satisfaction du patient (enquêtes de satisfactions, livret d'accueil entrent dans les critères de l'accréditation). La démarche qualité est un atout pour s'interroger sur une réponse adaptée aux besoins des usagers.

D'autres raisons sont plus d'ordre médical comme la mise en place d'hôpitaux de jour, d'hospitalisations de semaines, de la chirurgie ambulatoire...

L'hôpital s'ouvre aussi sur l'extérieur. Les Conférences régionales de santé, les états généraux ont possibilité de regard sur l'hôpital, sur son activité, sur les missions qui lui sont dévolues.

Carte sanitaire, SROS, projet d'établissement cadrent l'offre de soins conformément aux besoins supposés des usagers.

Enfin nous pouvons citer l'aspect concurrentiel qui s'est développé dans un cadre de restrictions budgétaires et de redistribution des moyens.

L'hôpital compose avec le patient pour une meilleure adaptation aux besoins (information, amélioration, qualité, sécurité des soins, ...). Il se dote également des moyens de la formation de son personnel et d'outils de soins adaptés aux nécessités.

Nous voyons donc que, dans un mouvement où au moins la réflexion s'est amorcée, l'hôpital s'adapte aux besoins des usagers.

3.2 Intégrer le risque de la perte d'identité dans le processus d'amélioration de la qualité

Gérer la qualité vise à éviter le risque de créer de l'insatisfaction si la prestation dans son ensemble ne correspond ni aux normes, ni aux besoins de l'individu et de la collectivité.

Le risque de la perte d'identité est lié à la violence institutionnelle passive. Il va donc être nécessaire de gérer ce risque, donc de l'identifier dans la pratique, de l'évaluer et de le réduire. Ceci débouche sur un concept de prévention. Pour ce nous allons devoir agir sur les dysfonctionnement repérables à partir d'évènements reconnus et signalés, dans le cadre d'une recherche d'amélioration de la qualité de la prestation fournie à l'utilisateur de l'hôpital.

« La situation à risque est le plus souvent le résultat d'un dysfonctionnement de la chaîne hospitalière »⁵⁴. L'assurance du respect de l'individu dans toutes ses composantes est un des maillons de cette chaîne, un maillon souvent « faible » comme nous l'avons vu. D'où la mise en place d'un système de signalement de l'information pour pouvoir identifier les dysfonctionnements pouvant avoir des répercussions en terme de perte d'identité de l'utilisateur et d'éléments de violence institutionnelle passive.

Une seconde phase concernera l'analyse de ces signalements pour pouvoir mettre en place des actions correctrices.

C'est essentiellement dans la phase du signalement que l'utilisateur va pouvoir être acteur de cette démarche. Il a en effet la possibilité d'émettre des signalements par la voie de la commission de conciliation, faire remonter ces informations au niveau du CA par la voix de ses représentants, ou plus simplement son expression directe dans les questionnaires de sortie.

⁵⁴ Cité dans POURRIERE JL : DUMAY M.F. – « Mise en place de la démarche de prévention-gestion des risques »- Objectif Soins, mai 98, n° 64, p. 15-16

3.2.1 Une réflexion en cours dans un contexte favorable

3.2.1.1 Des démarches d'amélioration de la qualité en cours

L'hôpital n'a pas attendu l'ordonnance de 1996 ni la sortie du manuel d'accréditation par exemple pour réfléchir et mener des actions d'amélioration de la qualité, même si les actions menées n'étaient pas formalisées sous ce terme. Au niveau des soins infirmiers de nombreux établissements avaient depuis longtemps établi des protocoles et des procédures de prise en charge des patients ; des fiches techniques venaient à l'appui des soignants dans la réalisation de certains protocoles ou de certains soins

Depuis 1996 une formalisation est en cours, avec des échéances de contrôle régulières à travers la mise en place de l'accréditation des établissements de santé.

3.2.1.2 La pression de l'accréditation incite à formaliser ces démarches

La procédure d'accréditation qui est introduite dans le monde hospitalier français par la réforme hospitalière de 1996⁵⁵ nous donne l'opportunité de réfléchir et de concrétiser la lutte contre la violence institutionnelle passive et ses conséquences en terme d'agression de l'identité de l'individu usager de l'hôpital .

Le contexte de l'accréditation engendre une quasi obligation pour les responsables de l'hôpital de promouvoir l'amélioration continue de la qualité dans les établissements. « *La qualité de la prise en charge des patients est un objectif essentiel pour tout établissement de santé* »⁵⁶.

⁵⁵ ordonnances du 26 avril 1996

⁵⁶ Ordonnance n° du 24 avril 1996 et article L 710.1.1. du code de la santé publique

De plus les établissements de santé doivent évaluer la satisfaction des patients pour s'assurer que la prise en charge globale réponde bien aux attentes du patient.

Le manuel d'accréditation de février 1999 insiste pour que la démarche qualité soit centrée sur le patient ; l'établissement a à définir, à mettre en œuvre des procédures, des outils et des moyens d'évaluation.

Il y a là une opportunité à saisir pour l'amélioration du respect du patient et pour la limitation du risque d'atteinte de l'identité de l'individu liée à des phénomènes institutionnels de violence.

3.2.2 Un danger pour le patient usager de l'hôpital

Le champ du risque à l'hôpital ne peut plus être restreint aux risques iatrogènes par rapport aux produits de santé et aux prestations techniques des soins. Les responsables d'établissements semblent s'accorder pour dire qu'il semble important de l'étendre à l'ensemble des services hospitaliers comme l'hébergement, l'hôtellerie. Notre thème nous pousse à préciser le rôle de l'institution dans la qualité des soins. La perte d'identité conséquence de la violence institutionnelle est elle un risque pouvant être reconnu comme tel à l'hôpital? L'interrogation de 52 infirmiers généraux et cadres apporte une première réponse à cette question.

La notion de risque est liée au danger potentiel en fonction de sa probabilité et de sa gravité. Nous avons cherché si la perte d'identité était un risque potentiel à forte probabilité et à gravité importante qui justifierait qu'elle soit prise en compte dans une approche institutionnelle de la gestion des risques.

3.2.2.1 Probabilité de survenue

Nous l'avons vu, à l'hôpital, la perte d'identité peut découler d'une mauvaise maîtrise par les soignants du phénomène de l'institution totalisante. Le pouvoir exercé par cette même institution sur l'usager limite sa capacité d'acteur.

Nous avons demandé lors des entretiens de situer sur une échelle de 1 à 10 la probabilité de survenue en fonction des divers éléments qui fondent notre approche de ce risque. Pour donner plus de valeur aux résultats, nous avons complété cette grille en posant la même question à 38 infirmiers généraux en formation. Le score moyen est de 6,35 sur 10 avec une médiane à 7.

3.2.2.2 Gravité

Nous définissons le dommage potentiel par le préjudice subi par le patient sur le respect de sa personne et tout particulièrement sur celui de son identité.

La gravité peut se décrire sous deux dimensions que sont le nombre de patients risquant côtoyer une perte d'identité si les éléments identifiés ne sont pas respectés, ainsi que le coût estimé pour lui et pour la société (allongement de l'hospitalisation,...).

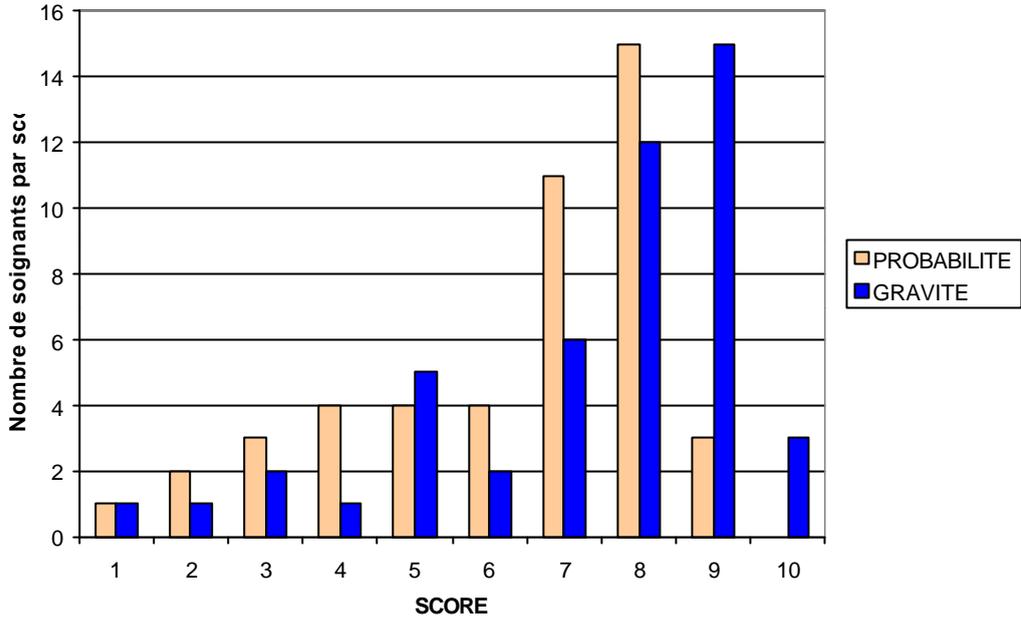
Un travail identique à l'enquête menée pour l'estimation de la probabilité de survenue a été effectué concernant l'estimation de la gravité. Le score moyen est de 7,50 sur 10 avec une médiane à 8.

3.2.2.3 Un danger

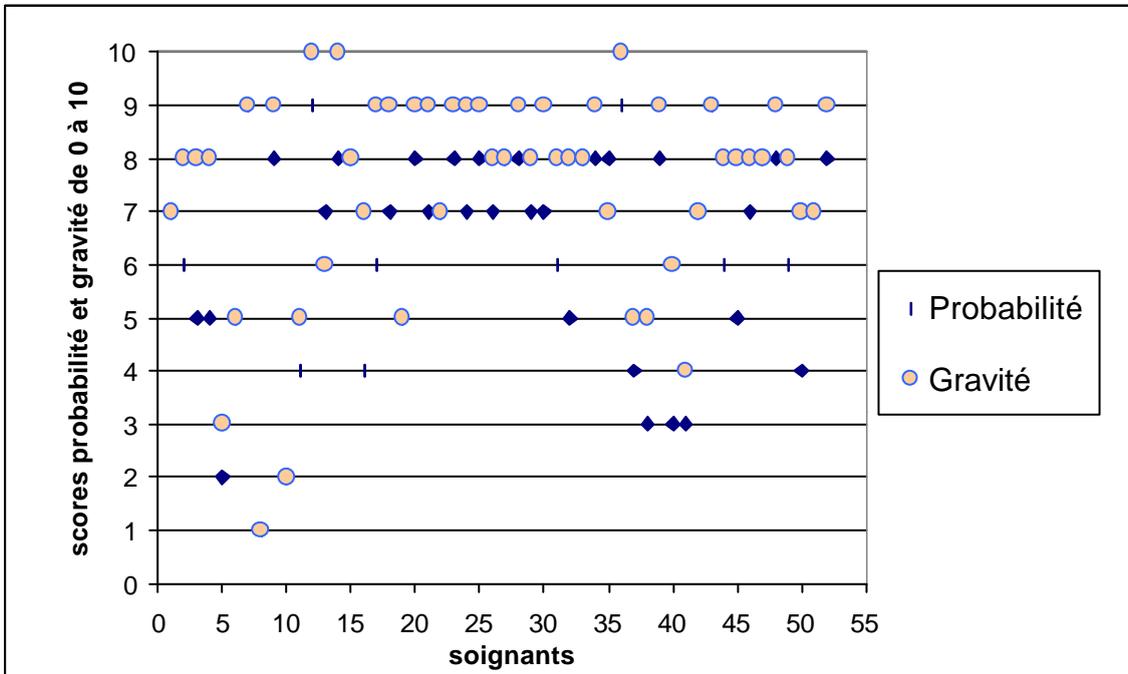
Nous avons ensuite croisé sur une même matrice les scores de probabilité et de gravité . Le risque émane de la mesure du danger qui est effectuée en croisant la probabilité et la gravité.

Nous voyons sur les graphes 1 et 2 (page suivante) qu'une large proportion de soignants situent la probabilité de survenue et la gravité à un niveau élevé (médiane à 7 pour la probabilité de survenue et médiane à 8 pour la gravité).

Graphique 1 : répartition des estimations de la probabilité de survenue et de la gravité sur une échelle de 0 à 10

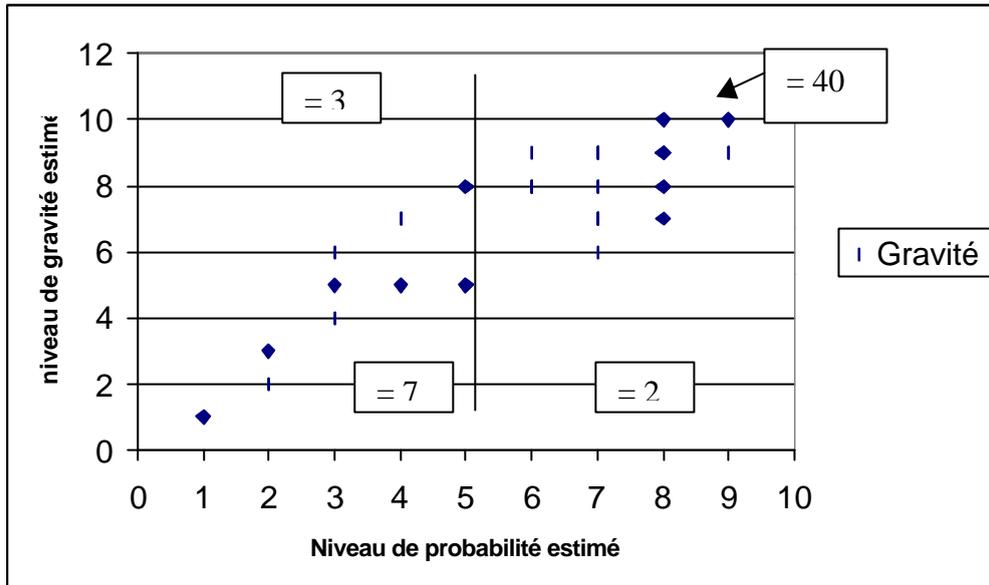


Graphique 2 : Répartition du risque selon les 52 soignants enquêtés



La répartition des scores de gravité en fonction de ceux de la probabilité de survenue donne la situation suivante :

Graphique 3 : répartition des scores de gravité en fonction de la probabilité



NB : plusieurs points se superposent pour un même niveau de probabilité de survenue

Le nuage de points se situe fortement dans le quart supéro-externe du graphe (40 sur 52), signifiant que pour des niveaux de probabilité supérieurs à 6 sur 10, le niveau de gravité est supérieur à 6 sur la même échelle. Parmi les interviewés, 76 % estiment ce danger important aussi bien en terme de probabilité de survenue qu'en terme de gravité.

Il semble donc possible d'estimer la perte d'identité liée à la violence institutionnelle comme un risque réel à l'hôpital et le traitement pourra se faire dans le cadre de la gestion des risques

3.3 Une mission incontournable de l'Infirmier général

3.3.1 Responsabilité de l'organisation et de la mise en œuvre des soins

En sa qualité d'animateur du Service de soins infirmiers, l'Infirmier général est chargé de coordonner et d'organiser avec les cadres, la mise en œuvre des soins infirmiers. C'est avec les cadres infirmiers et la Commission du Service de soins infirmiers que le Directeur du SSI préside qu'il pourra participer à resituer le patient au cœur de l'hôpital et de la mission de soins du SSI.

La responsabilité de l'IG s'exerce dans le cadre de l'activité de l'établissement de santé. C'est le cadre réglementaire qui précise les attributions et les responsabilités de l'infirmier général.

Les missions de l'établissement de santé sont précisées dans les textes découlant de la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 .

L'article 711.1 du Code de la santé publique : *« les établissements de santé publics et privés assurent les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques du patient. Ils participent à des actions de santé publique et des actions d'éducation pour la santé et de prévention. »*.

L'article L 711.2 du Code de la santé publique : *« Les établissements de santé publics ou privés ont pour objet de dispenser*

1°) avec ou sans hébergement

- des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ou psychiatrie ;

- des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des malades requerrant des soins continus, dans le but de réinsertion ;

2° des soins de longue durée comportant un hébergement, à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien. »

L'article L 711.4 du Code de la santé publique : *« Ils dispensent aux patients les soins préventifs, curatifs ou palliatifs que requiert leur état et veillent à la continuité de ces soins, à l'issue de leur admission ou de leur hébergement. »*

L'infirmier général se voit confiée la Direction du Service de soins infirmiers (article L 714.26) et la présidence de la Commission du Service de soins infirmiers

Le décret n° 89-758 du 18 octobre 1989 modifié par le décret n° 94-904 du 18 octobre 1994 portant statut particulier des infirmiers généraux de la fonction publique hospitalière dispose (article 2) : les infirmiers généraux *« coordonnent l'organisation et la mise en œuvre des soins infirmiers, assurent l'animation, l'encadrement et la gestion du service de soins infirmiers ;*

Sous l'autorité du chef d'établissement et en liaison avec le corps médical et les autres corps d'encadrement concernés, ils participent à la conception, à l'organisation et à l'évolution des services médicaux ;

Ils participent également à la gestion des personnels infirmiers, aides-soignants et agents des services hospitaliers dont ils proposent l'affectation. Ils contribuent à l'élaboration et à l'application des programmes de formation des personnels du service de soins infirmiers.

Ils contribuent à la définition d'une politique d'amélioration de la qualité des soins, au développement de la recherche dans le domaine des soins infirmiers et à l'évaluation de ces soins. »

La responsabilité de l'infirmier général est donc assise sur cet aspect réglementaire. Professionnellement il est le responsable hiérarchique des personnels du service de soins infirmiers. Il assure pour ces personnels la

connaissance et l'application des textes législatifs et réglementaires au nombre desquels ceux sur le respect des droits des patients. Il est en quelque sorte le garant des règles qui régissent cet exercice professionnel ainsi que de leur application auprès des patients.

3.3.2 Positionnement dans l'équipe de direction

Le positionnement même de l'infirmier général dans l'équipe de direction de l'établissement doit lui permettre d'apporter sur ce thème une aide technique et d'analyse des événements indésirables, ainsi qu'une participation à une réflexion plus générale d'amélioration de la qualité des soins.

En sa qualité de membre de l'équipe de Direction, l'Infirmier général est chargé par le chef d'établissement, au même titre que les autres directions ou que le Président de la CME de participer à l'amélioration de la qualité des prestations offertes à l'hôpital. Cette opportunité doit être exploitée pour construire une politique institutionnelle d'amélioration de la qualité des soins et du respect des droits de l'usager à l'hôpital. Cette politique doit intégrer le projet d'établissement auquel, en tant que Directeur du Service de soins infirmiers et membre de l'équipe de Direction, l'infirmier général apporte sa contribution et celle du Service de soins infirmiers.

3.3.3 Implication dans la politique d'amélioration continue de la qualité des soins et dans la gestion des risques

L'infirmier général, au vu du texte, a également pour mission de contribuer à la qualité des soins. Le respect de l'individu est partie intégrante de la qualité des prestations offertes. L'infirmier général contribue à définir la politique d'amélioration de la qualité et en assure le contrôle. Il veille à l'amélioration constante des conditions de séjour du patient. Ce respect du patient et de ses droits doit être maintenu pérenne.

Au niveau du service de soins infirmiers, l'infirmier général va chercher à évaluer les pratiques professionnelles. Il pourra utiliser comme référentiel le

manuel d'accréditation et permettre au cours de réunions de travail, l'expression des soignants sur leurs pratiques et sur l'organisation, ceci afin de mobiliser les soignants sur des points spécifiques d'amélioration. Le regard sur l'institution et sur le respect des droits du malade pourront faire l'objet de ce travail.

C'est assurément par la gestion des risques que l'infirmier général va pouvoir participer pleinement à l'amélioration de la qualité.

« Et si la dignité, le respect, la liberté devaient être aussi importants comme valeur que la santé ? »

OUELLET Daniel,

Directeur Résidence Yvon Brunet, Montréal,
Québec.

4 IMPLICATION DES SOIGNANTS : MOTEUR DE LA LUTTE CONTRE LA VIOLENCE INSTITUTIONNELLE PASSIVE

4.1 Donner du sens pour impliquer

Il s'agit de donner à la lutte contre la violence institutionnelle passive une dimension institutionnelle par son inscription dans le projet du Service de soins infirmiers, l'implication forte des cadres infirmiers pour favoriser la prise de conscience, et l'implication de l'établissement à travers la Direction.

4.1.1 Inscrire cet axe dans le Projet du Service de soins infirmiers

Le projet du Service de soins infirmiers formalise la politique de soins infirmiers. Il s'agit de centrer l'activité du Service de soins infirmiers sur les besoins de la personne à travers les objectifs posés dans le projet . Il s'articule avec le projet médical dans le cadre du projet d'établissement, mais aussi avec le projet social (politique sociale et politique de formation). Il assure la cohérence et vise la cohésion du service de soins infirmiers.

Le projet du Service de soins infirmiers doit contenir les orientations sur les grands thèmes visés tant au niveau de l'établissement qu'au niveau de la Direction du Service de soins infirmiers. La gestion des risques dans le cadre de l'amélioration de la qualité en est un axe d'évidence.

La base du projet du service de soins infirmiers prendra en compte l'individu et ses droits et en fera un axe prioritaire d'où pourra découler l'élaboration d'une charte des soins infirmiers. Le respect des droits des patient est un élément qui nous apparaît comme structurant pour le projet du service de soins infirmiers qui vise l'amélioration de la prestation de soins.

Gilles DEVERS⁵⁷ suggère que « *le droit peut participer à l'amélioration des pratiques soignantes (...) Ignorer l'existence du tiers judiciaire c'est être dans la toute puissance du risque de violence et de l'arbitraire* ».

4.1.2 Manager l'action par l'entremise des cadres de santé

Il s'agit d'impliquer les cadres infirmiers d'une part pour permettre à l'usager de jouer un rôle d'acteur, et d'autre part pour s'investir dans le processus de la gestion du risque d'atteinte de l'identité par la violence institutionnelle passive.

Les cadres infirmiers occupent une position charnière entre la Direction et les services de soins. Que ce soit dans un management basé sur le principe hiérarchique ou d'un management centré sur la transversalité et la complémentarité, ils apparaissent comme incontournables. MINTZBERG H. avance que le cadre « *est un individu qui a la responsabilité d'une organisation ou d'une unité d'organisation. Il doit faire en sorte que son organisation produise de façon efficace les biens et les services qui lui sont spécifiques et suive les objectifs des personnes qui la contrôlent* »⁵⁸. Il est positionné dans la continuité des objectifs institutionnels.

Nous l'avons vu, prendre en compte la violence institutionnelle passive en terme de risque potentiel pour le patient à l'hôpital est proche d'un

⁵⁷ DEVERS G. et CLEMENT M-N .- « L'hôpital terrain hors la loi ».- Objectif Soins, n° 74, page 16-17, cité par CASTRO Louise .-« Le respect du droit à l'intimité des patients : un défi pour l'infirmière générale ».- Mémoire ENSP, 1999

⁵⁸ MINTZBERG H. – Le manager au quotidien, les dix rôles du cadre.-, Paris, Edition d'organisation, 1984.

changement culturel , ou tout du moins nécessite une prise de conscience de cet élément.

Le DSSI va donc être amené à travailler avec les cadres infirmiers sur les obstacles au changement. Nous venons de voir que la prise en compte de la violence institutionnelle passive pouvait être considéré comme un changement dans la culture institutionnelle de l'hôpital. D'autres facteurs peuvent intervenir, et nous en retiendrons trois : comportementaux liés aux attitudes (crainte de l'inconnu, peur de ne plus se trouver en sécurité, démotivation...), structurels liés à l'institution et aux métiers, et organisationnels.

L'infirmier général va également travailler avec les cadres infirmiers sur la prise en compte de la parole des usagers. Les établissements ont l'obligation de réaliser des évaluations régulières de la satisfaction des patients concernant leur séjour, la prise en charge et la qualité de l'accueil. Il s'agira de favoriser la remise des questionnaires de sortie par une politique d'unité qui incitera les usagers à utiliser ce mode de communication. Un retour des résultats de l'analyse de ces données sera effectué régulièrement pour les unités de soins afin de permettre un questionnement de terrain et une remise en cause des pratiques et de l'organisation, en dehors de tout contexte de sanction.

L'organisation des soins doit favoriser le respect de l'individu. L'organisation peut être mise en défaut par des manques d'effectifs plus ou moins ponctuels, une charge de travail trop importante, de mauvaises conditions de travail des personnels. Cet axe est à travailler par le DSSI en incluant les notions de charge de travail et de carence en personnel dans la gestion au jour le jour. Ceci implique l'existence ou la mise en place d'une méthode d'évaluation de la charge de travail (PRN, SIIPS et AAS, PENDISCAN,...) afin d'adapter les effectifs au mieux des besoins avec le support d'un pôle de suppléance et de compensation. Sur le long terme, la gestion prévisionnelle entrera dans la mise en place d'une politique de Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

L'infirmier général devra apporter un soutien effectif à l'encadrement des services et des unités en participant aux réunions de service par exemple et en facilitant autant que de possible les réorganisations nécessaires.

4.1.3 Favoriser la prise de conscience de la violence institutionnelle passive

Plusieurs axes sont à investir.

4.1.3.1 Collaboration avec la Direction des Ressources humaines

La sensibilisation des nouveaux agents doit être considérée comme une priorité dans ce projet. Elle portera sur les droits des patients et les risques institutionnels. Une sensibilisation aux mécanismes et à la genèse de la violence institutionnelle, ainsi qu'à la capacité de détecter les signes avant-coureurs devra être organisée pour l'ensemble des nouveaux personnels. D'autre part les entretiens d'embauche devront aborder ce thème. Enfin la mise en place d'un rappel sur ces points dans le livret d'accueil du personnel devra être réalisé.

Un autre aspect de la collaboration avec la Direction des ressources humaine concerne la formation. Ce thème fait l'objet du chapitre suivant.

4.1.3.2 Place de la formation

La formation joue un rôle essentiel dans la gestion du respect des droits du patient et tout particulièrement dans celui du respect de son identité. Il s'agit d'améliorer la compétence des soignants par un approfondissement de la réflexion sur le soin infirmier, les valeurs qu'il véhicule, ainsi qu'une formation sur le respect de l'individu et de ses droits.

Nous pensons que deux axes sont à développer :

- un axe en collaboration avec la direction des ressources humaines concernant les actions de formation continue centrées sur la prise de conscience des soignants quant à la violence institutionnelle passive, sur le rappel des droits des patients et la manière d'y répondre ;

- et un second axe qui sera celui de la collaboration « en amont » avec les Instituts de formation en soins infirmiers et les Ecoles d'aides soignantes. Des objectifs pédagogiques communs pourraient être développés,

centrés sur les mêmes thèmes. Il s'agit d'initier une réflexion auprès des futurs professionnels. Cette réflexion pourrait se soutenir des expériences observées et vécues durant les stages. Elle pourra également se nourrir du projet de soins infirmiers soutenu par les cadres infirmiers des unités de soins.

4.1.3.3 Une communication centrée sur les risques de la violence institutionnelle passive et sur le rappel des droits des patients

Communiquer à l'attention des usagers et à l'attention des personnels sont les deux axes à développer pour le DSSI.

La communication centrée sur les usagers prendra ses bases sur l'évaluation de la satisfaction enregistrée dans les questionnaires de sortie, dans les plaintes relevées par la commission de conciliation, les lettres adressées au chef d'établissement par les patients ou leur famille et enfin dans les éléments indésirables signalés par le moyen des fiches de signalement.

L'Infirmier général pourra recevoir les patients ou les familles qui le souhaitent si des informations complémentaires sur un cas précis sont nécessaires.

La communication portera le souci de l'établissement et du Service de soins infirmier d'améliorer toujours les prestations fournies dans une recherche de qualité.

La communication centrée sur les personnels reprendra les résultats des enquêtes afin de les sensibiliser. Elle rappellera chaque fois que possible les éléments de la charte du Service de soins infirmiers dans laquelle seront inscrits les principes du respect du patient. Chaque cadre infirmier aura pour rôle de répercuter, de reprendre et de commenter ces informations avec son équipe afin de les travailler pour que chacun s'imprègne des risques et des valeurs à défendre.

Enfin, les supports à la communication du personnel sont nombreux : « Lettre du Service de soins infirmiers », journal d'établissement, journées d'information et d'échange ...

4.1.3.4 Des actions ponctuelles

- Mise en place de réunions de régulation.

Selon le niveau de prise de conscience des soignants dans les équipes, et pour répondre à la souffrance éventuelle de ces derniers, pour atténuer les phénomènes de contre transfert possibles liés à des actions d'agressivité, la mise en place de groupes de parole et d'expression pourra s'avérer nécessaire. Ces groupes seront encadrés par un psychologue extérieur à l'équipe.

- Favoriser les conseils de service.

La parole portée par les soignants dans les conseils de service peut servir de base à une réflexion et une remise en cause des organisations de travail.

- Collaborer avec la médecine du travail.

La souffrance des soignants relative aux plaintes des patients et à la remise en cause individuelle peut être un facteur d'alerte non négligeable. L'infirmier général assurera un suivi en liaison avec la médecine du travail dans le respect du secret médical.

4.1.3.5 Un engagement des soignants et de l'institution

La direction de l'établissement doit avoir une attitude particulièrement active et incitatrice pour mettre en place la gestion de ce risque, au même titre que pour les autres risques hospitaliers. La cohésion entre la Direction, le Président de la CME et le DSSI est indispensable, tout particulièrement au moment de la présentation aux instances. L'engagement doit permettre l'adhésion. Comme nous l'avons vu il s'agit d'un véritable changement culturel par rapport aux résistances naturelles. L'adhésion de tous est à rechercher. Cette adhésion passe par l'engagement d'un plan d'information, d'un plan de formation et d'un plan de financement.

- L'information

Il est nécessaire d'obtenir l'adhésion des responsables des services, dont les cadres infirmiers, afin de diffuser largement l'information concernant la violence institutionnelle passive, le mode de signalement des événements indésirables (outils, feuille de signalement) et les effets qui sont attendus de cette démarche afin de lui donner du sens.

Culturellement, la notification d'une anomalie peut faire craindre une faute. Il est donc indispensable que l'information porte sur l'absence de sanction dans le cas d'un signalement précoce. Ce point doit être clairement explicité. *« Condition essentielle pour avoir des retours de signalements : un engagement des responsables des établissements sur ce point et une officialisation par le chef d'établissement, le président de CME et le Directeur du Service de soins infirmiers »*.⁵⁹

Enfin l'information doit pouvoir prendre tous les réseaux possibles : les instances (CA, CME, CSSI), les chefferies de service, les bulletins d'informations ou journal d'établissement...

- La formation

La formation doit permettre de développer les connaissances pour les professionnels afin qu'ils puissent acquérir une conscience du phénomène et un autre regard sur la question. Ces actions de formation visent tous les agents concernés par le signalement de la violence institutionnelle passive et la perte d'identité de la personne hospitalisée.

Les axes de cette formation seront orientés vers la prise de conscience de la violence institutionnelle passive, l'utilisation des fiches de renseignement et le positionnement de l'utilisateur en terme d'acteur et de partenaire dans l'institution hospitalière.

⁵⁹ POURIERE, Jean-Louis, De la commission de conciliation à la gestion de la qualité et des risques. Quelle participation de l'Infirmier général pour promouvoir cette contribution à l'hôpital ?, Mémoire ENSP, 1999

Le Directeur des Ressources humaines, en général chargé de la formation, doit s'impliquer dans le projet.

- Le financement

Il sera, quant à lui, le signe fort de l'institution et des tutelles, à partir de l'inscription de cet axe sur le projet d'établissement et au niveau du COM⁶⁰.

Il pourra faire l'objet d'un COM en interne.

Il est le reflet en moyens humains et matériels de la volonté de réalisation.

4.2 Une démarche de gestion du risque

4.2.1 Mettre en place une démarche de gestion du risque

Nous proposons que soit liée aux vigilances classiques une vigilance des conséquences institutionnelles.

Parmi les vigilances classiques nous trouvons

- la pharmaco-vigilance qui est une somme de procédures de surveillance des effets indésirables consécutifs à la prise d'un médicament ou d'un produit à usage humain ;
- l'hémovigilance, c'est à dire le recueil et l'évaluation des informations sur les effets inattendus ou indésirables résultant de l'utilisation des produits sanguins labiles et d'en prévenir l'apparition ;
- la météorovigilance qui consiste à surveiller tout incidents ou risque d'incident lié à l'utilisation de dispositifs médicaux lors des activités de soins ;
- la réacto-vigilance visant la surveillance des insuffisances et erreurs susceptibles d'être dues aux réactifs ;

⁶⁰ COM : Contrat d'Objectifs et de moyens

- la biovigilance (lois de juillet 1994 sur la bioéthique) visant la surveillance depuis le prélèvement d'organe, de tissus ou de cellule jusqu'au suivi des patients transplantés ;
- les vigilances liées à l'hygiène et à l'épidémiologie hospitalière.

A côté de ces vigilances, des normes réglementaires strictes régulent la sécurité anesthésique, l'accueil et le traitement des urgences, la sécurité périnatale.

Enfin il existe également des normes relatives à des activités « hors soins » comme celles relatives à la sécurité incendie, aux installations classées pour la protection de l'environnement, à l'élimination des déchets hospitaliers, à la gestion de l'eau, à la maîtrise d'ouvrage,...

Notre propos est de joindre à ces éléments de protection du patient usager de l'hôpital une vigilance visant à lui éviter les conséquences mortifères pour son identité liées aux mécanismes institutionnels.

Il va s'agir de réduire la probabilité de survenue et la gravité du risque de perte d'identité lié à la présence d'actes de violence institutionnelle passive, une fois qu'ils auront été identifiés. Cette démarche de gestion du risque va faire l'objet d'un programme visant à réduire les atteintes à l'identité par les soignants de l'institution. Il va s'agir de diminuer la survenue des événements indésirables décrits dans la première partie de notre travail. La gestion du risque passe par deux aspects : prévenir et gérer la survenue.

4.2.2 Fiche de signalement

L'intérêt de mettre en place une fiche de déclaration des événements indésirables est de pouvoir cerner les points faibles de l'organisation. Nous voyons donc la nécessité de créer ou compléter une liste d'incidents indésirables avec une description des faits afin de pouvoir faire une analyse et apporter des solutions adéquates.

Nous proposerons donc

- soit de mettre en place une fiche de signalement,
- soit d'introduire des critères spécifiques sur les fiches de signalement d'éléments indésirables qui existent.

Nous sommes conscients que des difficultés peuvent survenir, par exemple dans l'acceptation par les responsables du service que chaque agent puisse signaler un incident , ou bien la crainte des agents que survienne une action disciplinaire ce qui serait alors un facteur dissuasif.

4.2.3 Un référentiel de bonnes pratiques

Ce travail de recueil de l'information et de mise en place d'actions pertinentes doit trouver un terrain pérenne .

Pour ce un travail de sensibilisation et de formation est nécessaire, ainsi qu'une restitution rapide des résultats des enquêtes. Enfin la nécessité d'une évaluation périodique de la démarche est à envisager.

Mais un axe essentiel est pour nous celui d'un référentiel des bonnes pratiques du comportement institutionnel à l'encontre des usagers. Ce référentiel peut se retrouver au sein d'un règlement intérieur ou bien sous la forme d'une charte.

Un tel document sera élaboré par les soignants et remis à tous. Une information en sera effectuée à travers les moyens de communication de l'établissement (journal, bulletin de liaison, ...).

Il peut être élaboré dans le cadre des actions d'amélioration de la qualité dans la mouvance de l'accréditation et des démarches qualité, à partir des éléments de la politique du Service de soins infirmiers.

4.3 Une mise en place expérimentale progressive

Notre projet pourrait se concrétiser autour d'un ou de quelques sites pilotes particulièrement exposés comme par exemple les services de personnes âgées ou les urgences, services reconnus par les soignants comme pouvant être tout particulièrement à risque pour l'usager.

Il s'agira dans la pratique d'obtenir la collaboration des responsables médicaux de ces services ainsi que des cadres infirmiers supérieurs et des cadres infirmiers.

La phase de formation devrait permettre la prise de conscience du phénomène. Elle sera suivie ou conjointe avec le développement du projet de soins infirmiers sur le terrain, et la mise en place ou le développement d'une fiche de renseignement des évènements indésirables.

L'organisation des soins devra permettre de diminuer l'atteinte de l'identité des patients et de mieux faire respecter leurs droits. Dans ce sens l'infirmier général veillera à une adéquation entre l'effectif et la charge de travail sur la base d'un outil d'évaluation type SIIPS⁶¹ + AAS⁶² ou PRN⁶³.

Sur une échelle plus institutionnelle, la mise en place d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences devrait permettre d'accompagner à moyen et long terme l'extension de cette expérience à d'autres sites ou services et envisager une politique de mobilité du personnel dans le but de brasser « les bonnes pratiques ».

Une évaluation doit être envisagée à terme d'une année, puis à échéances régulières avec l'aide de la cellule qualité et les responsables des services concernés pour mesurer l'évolution et les changements intervenus à partir de cette politique d'implication des soignants.

⁶¹ Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée

⁶² Activités Afférentes aux Soins

⁶³ Programme de Recherche en Nursing

La supervision de ce type d'action se fera par la Commission du Service de soins infirmiers, la CME et la direction de l'établissement, toutes destinataires des résultats de l'enquête d'évaluation et des informations concernant la mise en place et le suivi des actions.

Une extension aux autres unités de soins pourra être envisagée sur les données positives de cette expérimentation.

« Nous avons bien des ressorts agressifs dissimulés derrière certaines gaufres et crêpes offertes en excès à nos chers (h)ainés et qu'ils aiment tant... »⁶⁴

CONCLUSION

Les phénomènes de contre transfert jalonnent la vie institutionnelle : même de bonnes intentions (favoriser la vie de relation par des goûters) ou des études (pour améliorer le confort) peuvent par leurs travers souligner ce désir inconscient : bâillonner le manque. « *Etre dépendant de l'autre sans être objet manipulé ou manipulable est un enjeu bien difficile.* »⁶⁵

Partie intégrante du respect de la dignité humaine, le respect de l'identité de l'individu est parfois menacé dans l'institution hospitalière.

Un des facteurs d'agression de l'identité est celui de la violence de l'institution elle même. En ayant tendance à satisfaire l'ensemble des besoins de l'individu, l'institution hospitalière se place dans la catégorie des structures totalisantes avec un risque d'accumulation d'effets mortifères sur l'identité de l'individu.

L'hôpital évolue en parallèle aux droits des usagers voulus par le législateur. L'institution s'adapte. L'infirmier général, membre de l'équipe de direction et gestionnaire du service de soins infirmiers est partie prenante de cette évolution.

Dans un contexte favorable lié à l'affirmation des droits des patients, à la place qu'eux même ou leurs représentants prennent dans l'institution dans le sens d'un positionnement d'acteur , à l'accréditation et à la politique d'amélioration de la qualité, l'infirmier général a l'opportunité d'impliquer formellement le Service de soins infirmiers dans la lutte contre la violence

⁶⁴ PLOTON.- La revue de gériatrie, T6,n° 3, Mars 1981

⁶⁵ PLOTON.- Op . cit.

institutionnelle passive. Cette dernière doit pouvoir être limitée par la prise de conscience des soignants d'en être porteurs parfois à leur insu, et par la mise en place d'une gestion du risque d'atteinte à l'identité intégrée dans la politique générale de gestion des risques et d'amélioration de la qualité dans l'établissement.

C'est à travers la formation, la communication et l'engagement des soignants que ce but pourra être atteint.

Il est certain qu'un travail de réflexion autour du respect des droits du patient est l'élément fédérateur de cette lutte, avec un questionnement de l'institution sur elle même.

L'utilisateur et l'hôpital y ont à gagner. L'hôpital est dans un système concurrentiel. Il doit développer les armes de la compétence, de l'économie et du souci de la population.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

- ANAES Manuel d'accréditation des établissements de santé. ANAES, février 1999
- BERRY N. Le sentiment d'identité. Editions Universitaires, Begebis, 1987
- CARTON G-D Eloge du changement. Leviers pour l'accompagnement du changement individuel et professionnel. Paris, éditions Village mondial, 1999
- CROZIER M., FRIEDBERG E.
L'acteur et le système, Paris, Editions du Seuil, Sociologie politique, 1977
- ERICKSON E. Adolescence et crise : la quête de l'identité. Paris, Flammarion, traduction française de 1972
- FOUCAULT M. Histoire de la folie à l'âge classique. Paris, Ed Gallimard, 1972
- GIACOBBI et ROUX J-P.
Initiation à la sociologie. Paris, édition Hatier, 1990
- GOFFMAN E. Stigmates. Paris, Editions de Minuit, Paris. 1975
- HALL Edward T La dimension cachée. Paris, Edition Seuil, 1971
- HESS R, SAVOYE A L'analyse institutionnelle. Paris, PUF, Sue-Sais-Je ? n° 1968, 1983
- MACCIO C. Autorité, pouvoir, hiérarchie : du conflit à l'affrontement, la prise de décision. Paris, Edition du Cerf, 1980
- MALHERBE J-F. Autonomie et prévention. Alcool, tabac, SIDA dans une Société médicalisée. Ed. Artel-Fides, Catalyse, 1995
- MAURANGES A. Stress, souffrance et violence en milieu hospitalier. Manuel à l'usage des soignants. Paris, AP-HP, MNH, 2001
- MINTZBERG H. Le manager au quotidien, les dix rôles du cadre. Paris, Les éditions d'organisation, 1984
- MUCCHIELLI A. L'identité. Paris : PUF, collection Que-sais-je ? n° 2288, 1992.

- RICOEUR, Temps et récits. Paris, Seuil.1984.
- RIVERO J. L'entreprise et les libertés. Editions Direction sociale, 1982
- SAINSAULIEU R. L'identité au travail. Paris, Presses de la fondation nationale des sciences politiques,1988.
- TAP P. Identité individuelle et personnalisation. Toulouse, Edition Privat, collection Sciences de l'homme, 1980.
- VEYSSET B. Dépendance et vieillesse.- L'Harmattan, 1989.

ARTICLES

- BARDET René « Violences inconscientes et violences structurales ». Communautés éducatives, n° 112, Septembre 2000
- BLEIN G. « La construction de l'identité ». Gérontologie, 1993, 1, n° 85, pp 16 – 19, 1993
- BONIN-GUILLAUME « Maltraitance du sujet âgé ». Gérontologie n° 110, pages 6-7
- CHAMPVERT P et coll.- « Entretien avec Edgar Morin».- Gestions hospitalières n° 330, novembre 1993,pages 686-689
- CIPA « De la maltraitance dans les institutions pour les personnes âgées ». Gérontologie et société, n° 92, mars 2000, pp 39 – 57
- CORBET Eliane « Violences en institutions. A la recherche d'outils de prévention ». Handicaps et inadaptations. Les cahiers du CTNERHI, n° 61. 1994
- CREOFF Michèle « Les maltraitances institutionnelles ». ADSP n° 31 – juin 2000, pages 52-56
- DENOUX P. DURAND A. « Spécificité du 3° âge ». Identité individuelle et personnalisation, sous la direction de Pierre TAP, Toulouse, Edition Privat, collection Sciences de l'homme, 1980
- DUMAY M-F « Mise en place de la démarche de prévention-gestion des risques ». Objectif Soins, mai 1998, pages 15-16

- DRULHE M. « Identité des vieillards en situation d'hébergement définitif ». Identité individuelle et personnalisation, sous la direction de Pierre TAP, Toulouse, Edition Privat, collection Sciences de l'homme, 1980
- EVIN Claude, « Assurer le respect de la dignité du malade, partie intégrante de l'acte de soin. Extrait du rapport du CES « Les droits de la personne malade » JO 18/6/1996. Cahiers hospitaliers, n° 116, pp 10 – 12. 1996
- HUGONOT R. « Existe-t-il des institutions au dessus de tout soupçon ? ». Gérontologie et société, n° 92, Mars 2000, pp 59 – 65
- HUYTEZA Alain « La maltraitance et les personnes ayant un handicap mental ». ADSP n° 31, Juin 2000, pp 38 – 41
- JACKSON B. « La dignité de la personne humaine ». Revue générale de droit médical, n° 4, 2000, pages 67-83
- L'ECUYER R. « Les transformations de l'identité personnelle à travers l'évolution du concept de soi chez les adultes et les personnes âgées ». Identité individuelle et personnalisation, sous la direction de Pierre Tap, Toulouse, Privat, collection Sciences de l'homme, pp 53-60. 1980.
- LEBEER G. « La violence thérapeutique ». Sciences sociales et santé, vol. 15, n° 2, Juin 1997, pages 69-97
- LECOMTE J. "Stanley MILGRAM. Soumission à l'autorité". Sciences humaines n° 172, mai 1999, pages 42-44
- LEPOUTRE R. « Les usagers, sujets de la santé mentale : des acteurs dans le système ». Pluriel: la lettre de la mission nationale d'appui en santé mentale, 2000.
- MALO Pierre-Yves « Des conduites sécuritaires au risque de la maltraitance ». Gérontologie et société, n° 92, Mars 2000, pp 135 – 150
- MENDEL Gérard « L'institution et les processus non-conscients et inconscients ». Les cahiers de l'Institut des psychologues cliniciens, Paris. 1986
- MOULIAS R. « Violences passives en institution ». Gérontologie n° 110, pages 17-23
- POISAT J-L. « La tutelle vécue comme une perte de sa dignité humaine ». Psychologie médicale, T.22, n°12, pp 1199 – 2000, 1990.

- SAINSAULIEU R. « L'identité et les relations de travail ». Identités collectives et changements sociaux, sous la direction de Pierre TAP, Toulouse, Edition Privat, collection Sciences de l'Homme, 1980
- SHAM « La gestion des risques, clé de l'assurabilité des établissements de santé ». Revue hospitalière de France, novembre-décembre 1997 et Janvier-février 1998
- TESNIERE C et BASTE J-C. « Commission de conciliation : analyse, mise en œuvre et perspectives ». Revue hospitalière de France, n° 5, Novembre-décembre 2000, pages 6-12
- TOMKIEWICZ S. « Les violences institutionnelles ». Handicaps et inadaptations – Les cahiers du CTNERHI, n° 61, 1994, pages 57-61
- VIDAL Dominique « L'hôpital de tous les dangers ». Soins formation pédagogie encadrement, n° 16, 4° trimestre 1995, pp 18-20, 1995.

TRAVAUX ET MEMOIRES

- CADIOU E. La gestion des risques à l'hôpital. Réflexions pour la mise en place d'une politique de prévention des risques au centre hospitalier du Mans. Rennes, Mémoire ENSP, 2000.
- CASTRO Louise Le respect du droit à l'intimité des patients : un défi pour l'infirmière générale. Rennes, Mémoire ENSP, 1999.
- CHAUSSUMIER Catherine Les cadres de proximité : un moteur pour le projet de soins ? . Rennes, Mémoire ENSP, 1998.
- POURRIERE J-L De la commission de conciliation à la gestion de la qualité et des risques. Quelle participation de l'infirmier général pour promouvoir cette contribution à l'hôpital. Rennes, Mémoire ENSP, 1999

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

- LOI n° 86-1067 du 30 septembre 1986 relative à la liberté de communication
- LOI n° 94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain

LOI n° 94-654 du 29 juillet 1994 relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal

LOI n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions

LOI du 31 juillet 1991 et décret d'application du 30 mars 1992 relatifs à la communication des informations médicales contenues dans le dossier médical par l'intermédiaire d'un praticien

ORDONNANCE n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

Décision du Conseil constitutionnel n° 94-343/344 DC du 27 juillet 1994, JO du 29 juillet 1994, page 11024

Décret du 14 janvier 1974 relatif au règlement intérieur (droits et devoirs des patients)

Décret n° 89-758 du 18 octobre 1989 portant statut particulier des Infirmiers généraux de la fonction publique hospitalière

Décret n° 94-904 du 18 octobre 1994 modifiant le décret n° 89-758 du 18 octobre 1989 portant statut particulier des Infirmiers généraux de la fonction publique hospitalière

Décret du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale

Décret n° 99-1034 du 6 décembre 1999 relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements publics de santé

Circulaire Veil du 20 septembre 1974 instituant la charte du malade hospitalisé

Circulaire DGS/DH/95 n° 22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés et comportant la Charte du patient hospitalisé

CIRCULAIRE DHOS/P 1 n° 2000-609 du 15-12-2000 relative à la prévention et à l'accompagnement des situations de violence

Code civil

Code de la santé publique

Convention sur les droits de l'homme et la bio-médecine du 4 avril 1997, conseil de l'Europe, article 1

DIVERS

LEFEVRE Richard SIRIF, Cours Prépa concours d'IG, 1999

ANNEXES

- ANNEXE 1 : GRILLE DE LECTURE DES ENTRETIENS EXPLORATOIRES
- ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN
- ANNEXE 3 : ESTIMATION DE LA PROBABILITE DE SURVENUE ET DE LA GRAVITE DU RISQUE DE PERTE D'IDENTITE PAR VIOLENCE INSTITUTIONNELLE PASSIVE
- ANNEXE 4 : DETERMINATION DU RISQUE : NOMBRE DE CITATIONS PAR SCORE ESTIME
- ANNEXE 5 : ORIGINE ET FONCTION DES SOIGNANTS ENQUETES
- ANNEXE 6 : SYNTHESE DES ENTRETIENS

ANNEXE 1 :GRILLE DE LECTURE DES ENTRETIENS EXPLORATOIRES

L'identité et la dignité de la personne soignée sont elles en danger à l'hôpital ?

Quelles explications sont avancées pour éclairer ces atteintes à l'identité de l'individu usager de l'hôpital ?

Que peut faire l'institution pour promouvoir le respect de l'identité de la personne soignée ?

Quelle aide les soignants attendent-ils de l'infirmier général ?

ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN

(Cadres infirmiers, Cadres infirmiers supérieurs, Infirmiers généraux)

Consigne initiale :

J'aimerais que vous me parliez de votre expérience de lutte contre la violence institutionnelle passive à l'hôpital. Comment s'intègre-t-elle dans vos préoccupations ?

Thèmes à aborder :

La violence institutionnelle passive est-elle un risque pour l'identité de la personne soignée ?

Quels sont les facteurs à l'origine de la non prise de conscience des soignants d'être porteurs de cette violence institutionnelle passive ?

Quels facteurs favorisent l'action ?

Peut-on appliquer une méthode de gestion des risques ?

Evaluation du risque de perte d'identité lié à la violence institutionnelle passive :

Estimer sur une échelle de 1 à 10

1° le niveau de probabilité de survenue de l'atteinte de l'identité liée à la violence institutionnelle passive (cocher)



2° le niveau de gravité (cocher)



ANNEXE 3 : ESTIMATION DE LA PROBABILITE DE SURVENUE ET DE LA GRAVITE DU RISQUE DE PERTE D'IDENTITE PAR VIOLENCE INSTITUTIONNELLE PASSIVE

N° Soignants	Probabilité	Gravité	N° Soignants	Probabilité	Gravité
1	7	7	28	8	9
2	6	8	29	7	8
3	5	8	30	7	9
4	5	8	31	6	8
5	2	3	32	5	8
6	5	5	33	8	8
7	9	9	34	8	9
8	1	1	35	8	7
9	8	9	36	9	10
10	2	2	37	4	5
11	4	5	38	3	5
12	9	10	39	8	9
13	7	6	40	3	6
14	8	10	41	3	4
15	8	8	42	7	7
16	4	7	43	9	9
17	6	9	44	6	8
18	7	9	45	5	8
19	5	5	46	7	8
20	8	9	47	8	8
21	7	9	48	8	9
22	7	7	49	6	8
23	8	9	50	4	7
24	7	9	51	7	7
25	8	9	52	8	9
26	7	8	MEDIANE	7	8
27	8	8	MOYENNE	6,35	7,5

ANNEXE 4 : DETERMINATION DU RISQUE : REPARTITION EN NOMBRE DE CITATIONS PAR SCORE ESTIME

ESTIMATION (1)	PROBABILITE (2)	GRAVITE (2)
0	0	0
1	1	1
2	2	1
3	3	1
4	4	1
5	6	5
6	5	2
7	12	7
8	15	15
9	4	16
10	0	3
Total	52	52

(1) sur une échelle de 0 à 10

(2) nombre de fois où le score en référence a été cité

ANNEXE 5 : ORIGINE ET FONCTION DES SOIGNANTS ENQUETES

POUR LES ENTRETIENS : 23 personnes

POUR L'ESTIMATION DU RISQUE : 52 personnes (2 IG, 35 IG en formation, 9 CIS, 6 CI,

Type d'établissement	C.H.	CH psy	CH psy	ENSP
Ville	Tulle	Limoges	Poitiers	Rennes
DSSI / IG	1	-	2 (1)	-
IG en Formation	-	-	-	35 (2)
Cadres infirmiers supérieurs	4	-	5	-
Cadres infirmiers	5	2	4	-

(1) dont 1 faisant fonction

(2) pour l'estimation du risque uniquement

ANNEXE 6 : SYNTHÈSE DES ENTRETIENS

L'analyse de contenu a été effectuée par thèmes et sous thèmes. Nous les retrouvons ci-dessous avec le nombre de citations.

Thèmes / Sous-thèmes	DSSI / IG	CIS	CI	TOTAL
Facteurs influençant la fragilisation de l'individu				
La maladie	3	8	9	20
La dépendance	1	6	9	16
Non respect de ses droits	3	5	4	12
Manque d'information	3	7	8	18
Exemples d'atteinte à la dignité de l'utilisateur à l'hôpital				
Agressivité verbale	1	7	8	16
Non respect de l'espace privatif	2	5	8	15
Infantilisation	-	4	7	11
Tutoiement, numéros, saubriquets	1	6	9	16
Éléments mortifères sur l'identité à l'hôpital				
Solitude, isolement	3	7	6	16
Uniformisation	1	3	4	8
Anonymat	-	2	1	3
Stigmatisation	2	5	4	11
Dépouillement physique	1	6	5	12
Promiscuité, espace limité	3	7	10	20
Non respect de l'intimité	3	9	11	23
Perte des habitudes, ruptures	2	7	7	16
Approche médicale organiciste	2	6	3	11
Surveillance trop stricte du respect du règlement	-	3	6	9

Thèmes / Sous-thèmes	DSSI / IG	CIS	CI	TOTAL
Manque d'individualisation des soins	2	7	6	15
Défaut de participation	2	3	3	8
Dépersonnalisation	1	7	8	16
Le soignant porteur de la VIP				
Conscience d'être porteur de VIP	Oui : 2 Non : 1	Oui : 4 Non : 5	Oui : 5 Non : 6	Oui : 11 Non : 12
Causes du manque de prise de conscience				
Thème pas abordé en formation initiale	-	6	8	14
Problématique jamais rencontrée	-	3	4	7
Les référents de stage ne l'ont pas abordé lors de la formation (réfèrent pris comme modèle)	-	5	4	9
Manque d'attention et d'écoute des besoins des malades	3	6	4	13
Trop centré sur la tâche, perte ou non acquisition du sens du soin	1	7	9	17
Charge de travail trop importante	1	3	10	14
Pas ou peu d'analyse de l'organisation. Activités répétitives	3	6	4	13
Comment légitimer l'utilisateur dans un rôle d'acteur				
Ecoute de l'utilisateur (questionnaires de sortie)	3	8	9	20
Accepter des entorses aux règlements parfois trop stricts	1	2	8	10
Renforcer ses droits par voie législative	-	3	3	6

Thèmes / Sous-thèmes	DSSI / IG	CIS	CI	TOTAL
Adapter l'hôpital aux besoins réels de la personne soignée	2	5	8	15
Gérer le risque d'atteinte à l'identité par VIP				
Partager un référentiel de bonnes pratiques	3	7	7	17
Signalement des cas litigieux (actes ou situations de violence institutionnelle)	3	8	7	18
Attentes / l'IG				
L'inscrire dans une politique de soins. Donner du sens au soin	Sans objet	7	7	14
Travail en collaboration avec les agents du SSI	Sans objet	6	10	16
Assurer un effectif suffisant au regard de la charge de travail	Sans objet	6	10	16
Informers les agents du SSI	Sans objet	2	9	11
Organiser la mobilité des personnels	Sans objet	7	6	13
Financement de réunions de régulation	Sans objet	3	9	12
Recherche d'un engagement de la direction	Sans objet	9	6	15