

# LA LETTRE d'information



## LA VIOLENCE DANS LE SOIN PÉDIATRIQUE / VERS LA BIENVEILLANCE?

par le groupe « Éthique pédiatrique »



## LE MOT DU PRÉSIDENT

La violence, du latin *vis*, la force, désigne l'emploi de la force sans égard à la légitimité de son usage.

Vieille compagne des ruelles sombres, des champs de bataille, elle frappe aussi à la porte des foyers et s'invite à l'école. C'est un phénomène de société insidieusement installé dans notre paysage quotidien. Elle s'est banalisée mais nous heurte toujours lorsqu'elle s'exprime aux dépens des plus vulnérables ou au sein d'institutions où l'on ne penserait pas la rencontrer.

Dans ce numéro spécial de notre lettre d'information

éthique, le groupe « Éthique pédiatrique » des hôpitaux de Nice CHU-Lenval s'interroge sur la violence dans le soin pédiatrique.

Ici, la relation de soins, si particulière, asymétrique, triangulaire (enfant, parents, médecin), est amputée des deux attributs qui fondent la relation de confiance, à savoir

l'information et le consentement du patient ; de fait, elle expose au risque de traiter sans prendre soin. En ayant le sentiment d'ajouter de la souffrance à la souffrance, le soignant risque ainsi de s'abîmer psychologiquement.

Mais si, encore plus grave, il n'en a pas conscience, ce sera alors le signe qu'il est en voie d'oublier les fondements humanistes de son métier. La violence d'une prise en charge contrainte, coercitive, ne doit jamais être gratuite.

**« La violence nous heurte toujours lorsqu'elle s'exprime aux dépens des plus vulnérables »**

Le bénéfice attendu doit toujours être bien supérieur aux nuisances générées.

Suis-je toujours aussi

bienfaisant que je le souhaite, n'ai-je pas déjà franchi la frontière de la malfaisance ?

Pour répondre à ces interrogations, fions-nous à la boussole de nos émotions qui sont nos amies, comme aime le rappeler Pierre Le Coz. Elle nous alerte sur nos valeurs fondamentales qui se trouvent malmenées. Une



bouffée de compassion m'incitera à encore plus de bienveillance. Un sentiment de crainte m'empêchera d'être inutilement malfaisant.

Pour terminer, souvenons-nous que la violence d'une prise en charge peut fréquemment trouver son fondement dans une organisation défaillante, source d'un mal-être des soignants.

Bonne lecture.

**Pr Gilles Bernardin**

LA LETTRE D'INFORMATION DE L'EEA  
HORS-SÉRIE N° 10 - OCTOBRE 2018

\*\*\*\*\*  
**Directeur de publication**  
Gilles Bernardin

**Coordination et rédaction**  
Groupe « Éthique pédiatrique »

**Maquette**  
Arthur Floret

**Administration**  
Sophie Marie

**Photo de couverture**  
"Canvas restraint jacket for children, 1930-1960" by Science Museum, London. Credit: Science Museum, London. CC BY

**Impression**  
CHU de Nice

**ISSN:**  
2259-1370

# LE GROUPE « ÉTHIQUE PÉDIATRIQUE »

La réflexion sur les questions éthiques posées par l'accueil et la prise en charge des malades est au cœur des missions qui incombent aux établissements de santé. Le groupe « Éthique pédiatrique » s'inscrit dans cette perspective, et vise ainsi à favoriser une réflexion partagée au sein des établissements pédiatriques.

Le groupe « Éthique pédiatrique » est ouvert aux personnes concernées par le soin aux enfants dans les établissements pédiatriques du département des Alpes-Maritimes ou en libéral. Il a pour missions de réfléchir aux aspects éthiques de nos pratiques de soins, de proposer un appui aux soignants confrontés à une situation qui les interpelle sur le plan éthique, de favoriser la réflexion sur le sens du soin, d'identifier les problèmes éthiques dans les établissements, de diffuser des réflexions et recommandations dans le domaine de l'éthique en santé, de promouvoir une formation à l'éthique du soin.

Cette instance est un lieu de débat et l'ensemble de ses

## SOMMAIRE

LE MOT DU PRÉSIDENT.....	2
LE GROUPE « ÉTHIQUE PÉDIATRIQUE ».....	3
INTRODUCTION.....	4
I. TÉMOIGNAGES DE SOIGNANTS.....	5
II. VIGNETTES CLINIQUES.....	7
III. QUESTIONNEMENTS.....	10
IV. VERS LA BIENVEILLANCE.....	16
CONCLUSION.....	18
BIBLIOGRAPHIE.....	19
ANNEXE.....	20

membres est tenu au secret professionnel. Nous avons une activité d'écoute et de réflexion sur les cas cliniques qui poseraient problème ou question à un soignant qui s'adresserait à nous. En rappelant que nous ne pouvons être saisis officiellement, puisque nous ne sommes pas un comité d'éthique, mais un groupe éthique.

En plus des situations cliniques, nous travaillons des thèmes au long court, à partir de ce que nous vivons en tant que soignants. Ainsi, nous avons pu écrire des docu-

ments sur l'obstination déraisonnable et sur la place des parents dans le soin et dans la prise de décision.

Le groupe « Éthique pédiatrique » se réunit une fois par mois, le 3ème mardi, de 12h30 à 14h, dans une salle du 8ème étage à Lenval.

Notre groupe est joignable en intra par courriel : [GEP@pediatrie-chulenal-nice.fr](mailto:GEP@pediatrie-chulenal-nice.fr), ou en contactant Élodie Landra, sa coordonnatrice, qui est aussi membre du bureau de l'Espace Éthique Azuréen : [elajosam@hotmail.fr](mailto:elajosam@hotmail.fr)

## INTRODUCTION

Le groupe « Éthique pédiatrique » s'est penché sur le thème de la violence.

D'abord, parce que cette notion ressortait en filigrane de tous nos échanges, nous avons décidé de nous y confronter sans détours.

Ensuite, parce que la question de la violence soulève de la révolte alors qu'elle n'est jamais facilement saisissable ; elle peut se retrouver dans toutes les situations que nous vivons, sans que deux personnes n'en donnent la même définition.

Voici donc un état des lieux de nos réflexions. Loin d'être exhaustif, il se veut une ouverture au questionnement et propose une prise de conscience sur cette notion délicate qu'est la violence dans le soin pédiatrique.

Pour évoquer cette question, nous commencerons par entendre les réflexions (I) de certains membres de notre équipe sur le sujet.

Ensuite, nous aborderons des vignettes cliniques (II) qui illustrent le quotidien de nos pratiques.

Après, une partie de questionnements (III) nous permettra de voir à travers des

définitions et une discussion ce qui peut être dit de la violence.

Enfin, un dernier chapitre, « vers la bienveillance » (IV), nous offrira une possibilité de sortie de la violence.



"West Midlands Tuberculosis sanatoria and public information" by Adrian Wressell. Credit: Heart of England NHS Foundation Trust. CC BY

# I. TÉMOIGNAGES DE SOIGNANTS

La composition de notre groupe pluridisciplinaire nous permet d'aborder le thème de la violence dans sa complexité et sa spécificité.

Voici les réflexions d'un chirurgien et de deux psychologues de notre groupe, l'une confrontée à la problématique de la maladie chronique, et l'autre au polyhandicap.

\* \* \*

## Témoignage n°1

« À une époque où le mythe du soignant, grand et pluri-potent, n'existe plus, où la confiance dans les structures et organisations dont on fait partie s'effrite, où les repères, s'ils existent, sont soit flous, soit trop rigoureusement encadrés, le simple fait de se remettre en question est un acte de courage.

La discussion sur la violence dans le soin, vue comme une remise en question, vue comme une volonté de mieux faire, s'est imposée dans la continuité, mais aussi comme point de rupture dans la réflexion de notre groupe d'éthique.

Nous avons tenté d'identifier et de comprendre un malaise, une contrariété, une perturbation du déroulement d'un acte de soin.

*Et c'est seulement une fois le thème invoqué qu'on s'aperçoit de toute sa puissance, de son omniprésence, de sa capacité de métamorphose pour prendre place, à un niveau plus ou moins marqué et surtout, malgré nous, dans beaucoup de situations de soin. Beaucoup trop. »*

\* \* \*

## Témoignage n°2

« Pour ma part, mon métier de psychologue est construit sur la base d'un code de déontologie commun, qui, lui-même, se fonde sur un premier grand principe : "Le respect de la personne humaine dans sa dimension psychique est un droit inaliénable. Sa reconnaissance fonde l'action des psychologues."

Le fait de travailler en milieu hospitalier pose d'emblée le contexte de la violence, tout au moins psychique, qui peut être faite aux personnes par nécessité.

La violence est en partie inhérente aux soins médicaux (douleur des examens, sans concertation si urgence, intrusion de l'intime, arrêt/limitation des soins, etc.). Ce qui, de fait, pose la question du respect de la personne et d'une éthique du soin. Cette violence est majorée en pédiatrie car il y a une "double

contrainte" : l'enfant est mis en position de soigné par la volonté de ses parents, il n'est pas le sujet de cette demande, ce qui, de facto, induit une double violence à laquelle j'ai souvent été confrontée via mes consultations auprès des enfants.

Au sein de notre groupe, la question de la souffrance psychique et du respect (respect de qui ? De l'enfant, du parent, de la loi ?) a été beaucoup posée lors de notre dernier thème.

Toute prise en charge ayant ses limites et ses cas extrêmes, il me semble que le thème de la violence en soit la suite logique. Puisqu'il peut y avoir souffrance, c'est qu'il peut y avoir violence, et comment faire quand violence il y a malgré tout ?

S'interroger sur les interactions, les mécanismes sous-jacents, afin de proposer des pistes de compréhension et d'amélioration. »

\* \* \*

## Témoignage n°3

« Pourquoi la pratique de l'accompagnement auprès des personnes polyhandicapées appelle-t-elle à se pencher sur la question de la violence ? La violence est présente en tant que potentialité à différents niveaux.

## La violence dans le soin pédiatrique

*Le polyhandicap, par ses conséquences motrices, psychiques et somatiques, génère un vécu violent pour l'accompagnant.*

*La personne polyhandicapée fait vivre de l'étrangeté qui peut être vécue de manière plus ou moins consciente comme une agression, d'où la tentation protectrice de nier le handicap ou de le réparer, de rejeter la personne ou de la surprotéger.*

*Cette violence qu'elle amène de par son existence particulière est agissante dans l'accompagnement des personnes polyhandicapées.*

*La personne polyhandicapée se trouve dans une situation de vulnérabilité et de dépendance extrême à cet autre qui lui prodigue les soins physiques et psychiques qui lui sont indispensables. Elle est nécessairement prise dans un rapport asymétrique, son existence quotidienne est subordonnée à celle d'autrui.*

*La situation d'être dépendant d'autrui pour satisfaire ses besoins élémentaires et pour se faire comprendre dans ses désirs comporte un risque de violence, d'autant que la communication est complexe, voire manquante, et que les accompagnants sont pris dans une répétition et une usure du quotidien.*

*Par ailleurs, certains soins, posés avec une intention bénéfique, peuvent s'avérer éprouvants pour la personne polyhandicapée et l'accompagnant. Ce dernier est aux*

*prises avec la question de sa propre violence potentielle : "Comprend-elle que je fais cela pour son bien, pour ne pas qu'elle souffre ?"*

*Enfin, l'institution qui accueille la personne polyhandicapée peut agir comme contenant de cette violence incontournable, ou y participer malgré elle lorsque ses propres besoins en fonctionnement occupent trop de place. »*

\* \* \*

Ces témoignages du vécu des soignants ne sont ni isolés, ni spécifiques à la profession concernée ou au service public dont il est question. Nos conversations dans le groupe « Éthique pédiatrique » nous ont montré à quel point nous nous reconnaissons tous dans ces illustrations.

Ainsi, ce qui est vrai pour un handicapé, l'est pour tout enfant, par définition vulnérable, la maladie renforçant la vulnérabilité.

C'est vrai aussi pour les parents, qui sont vulnérables de façon spécifique. Ce ne sont pas leurs corps ou leurs vies qui sont menacés, mais ils souffrent de voir leur enfant souffrir, de l'inquiétude qui les ronge, des soins à organiser, et des relations aux soignants, puisqu'ils sont aussi impliqués.

Les soignants souffrent aussi, de façon encore particulière. Ils souffrent dans leur humanité touchée par la détresse de l'autre, dans le fonctionnement de l'institution, et, éventuellement, dans la relation à l'enfant et au parent.

Cette souffrance triangulaire nous fait questionner son origine. Est-ce une violence intrinsèque au soin qui fait souffrir les différents protagonistes ?

Et alors, en quoi la situation de soin recèle-t-elle de la violence, est-elle potentiellement violente ? Le soin est-il forcément violent d'une certaine façon ? De quelle façon ?

De quelle violence souffrent les enfants, les parents, les soignants ? L'éthique peut-elle nous permettre de sortir de cette violence, vers une pratique cohérente avec nos valeurs de respect, de non-malfaisance, etc. ?

Notre propos n'est pas de nous justifier ou de légitimer nos façons de faire, mais de nous questionner en profondeur. Et pour ce faire, partons des exemples concrets qui nous sont familiers et dont on a eu le témoignage.

## II. VIGNETTES CLINIQUES

### 1. Cas de consultation

**C**orinne, 6 ans et demi, a la maladie de Steinert. C'est une maladie héréditaire, mais qui peut passer inaperçue dans les premières générations et qui s'aggrave de génération en génération.

Elle provoque une atteinte cardiaque, des retards d'acquisition (importants chez Corinne) et des troubles comportementaux. Corinne est élevée par sa mère (porteuse de la maladie) et son beau-père. Elle a eu un frère décédé en néonatalogie à cause de cette maladie.

Il s'agit de faire un examen de routine, un électrocardiogramme, qui doit être refait tous les ans et qui n'est absolument pas douloureux. Corinne s'y oppose, et, vu sa pathologie, son opposition est ferme.

On lui réexplique le sens du soin et la méthode, on négocie pendant quelques minutes, puis la mère s'énerve, attrape Corinne et la pose sur le brancard en la maintenant allongée. L'infirmière propose des dérivatifs : jouets, dessin-

animé, mais la mère s'y oppose et empêche toute tentative. L'examen se fait dans les larmes de Corinne.

Cette vignette clinique pose les premières bases de ce qui peut être vécu comme violent dans une situation de soin :

- le mauvais vécu de la part du patient ;
- la contention du patient dans le soin ;
- le mauvais vécu de la part du soignant (« ce n'était pas bien », « impression d'être violente », « je me suis sentie dépassée ») ;
- le soignant qui se trouve dans une situation de soin qu'il rejette, qu'il ne considère pas comme légitime ou juste (que la cause en soit les parents, l'institution, un autre soignant, l'autorité, des procédures, etc.) ;
- la complexité de la relation triangulaire (parent / enfant / soignant) dans le cas de la pédiatrie.

### 2. Cas en institution

Henri, jeune adulte, est pris en charge à temps plein en institution. Il s'est rendu aux urgences (pas à Lenval puisqu'il est majeur), accompagné par sa monitrice-éducatrice, pour se faire changer le bouton de sa gastrostomie, qui présentait un risque infectieux important.

Ce jeune polyhandicapé entre difficilement en relation avec les autres. Il ne communique pas, et toute nouvelle personne est angoissante pour lui, puisque même des personnes connues peuvent susciter chez lui des réactions vives. Il a, de plus, un rapport au corps délicat. Les contacts sont généralement vécus comme intrusifs.

Ce soin, pour nécessaire qu'il soit, est donc naturellement angoissant pour lui, car vécu dans un lieu inconnu, avec des personnes inconnues, sur son corps, et ce d'autant plus que, même si ce n'est pas un soin douloureux, il reste inconfortable.

Le temps d'attente aux urgences a commencé à provoquer chez lui un malaise, qui s'est trouvé amplifié par le soin prodigué par le médecin et l'infirmière. Henri manifeste des signes de détresse évidents, et il faut recourir à la contrainte.

La monitrice-éducatrice relatara que chaque professionnel était bienveillant et tenait son rôle, tout en partageant, par le regard, un malaise, « un sentiment partagé, bien qu'impartageable, d'infliger quelque chose de difficile à ce garçon, comme s'ils rajoutaient à sa difficulté tout en voulant le soulager ». Ces derniers, néanmoins, n'ont pu parler de cette situation et de ce malaise a posteriori.

Ce cas est mis en parallèle par une sage-femme avec ce qui peut se vivre en salle d'accouchement, lorsqu'il devient nécessaire de faire une extraction instrumentale (utilisation de forceps). Mais bien qu'il soit naturel et normal qu'une mère hurle de douleur lors de ce cas de figure (le contraire serait même inquiétant), il semblerait qu'en tant que soignante, elle ne vive pas de façon violente la manifestation de la douleur ; au contraire, elle la permet, et elle l'accompagne avant et après le geste de soin nécessaire.

La sage-femme souligne en effet une différence de taille : la vulnérabilité des mères lors de l'accouchement n'est pas du même ordre que la vulnérabilité du jeune polyhandicapé.

Les mères sont d'une vulnérabilité extrême lors du soin (tout comme le jeune polyhandicapé) mais elles peuvent l'intellectualiser, l'élaborer (comprendre la nécessité de l'acte, son objectif, sa fin prochaine), alors que le jeune, non.

C'est cette conscience de la vulnérabilité du patient qui peut renforcer le vécu violent du soignant.

Voici donc des nouvelles avancées dans notre thème :

- la violence peut être vécue comme « admissible » suivant les contextes, et insupportable dans d'autres. Par exemple, lors d'un accouchement, en cas d'urgence vitale, en chirurgie, on accepte les gestes violents (même la loi le permet) ;
- un point essentiel est la vulnérabilité du patient (particulièrement chez l'enfant ou la personne en situation de handicap) et son vis-à-vis : la toute-puissance du soignant ;

- le manque de communication entre soignants n'a pas permis de résorber le vécu violent, d'où l'importance de la collégialité ;
- l'expression de la douleur, de la souffrance de la part des patients, avec la possibilité pour les soignants de l'accueillir, de l'accompagner, sans en être contaminé (vivre une expérience douloureuse soi-même) : la compassion plutôt que l'empathie.

### 3. Cas de maladie chronique dégénérative

Benoît avait une leucodystrophie qui a commencé à se manifester à 6 ans et demi. La maladie a évolué très vite, puisqu'en trois mois, Benoît était devenu "grabataire". Il a dû venir très régulièrement aux urgences et être fréquemment hospitalisé. Il est aujourd'hui décédé.

Sa mère est venue dans notre groupe pour témoigner de ce qui a pu être vécu de façon violente pour elle. Voici ce qui est ressorti, comme ressenti de sa part, et non comme revendications, que l'on peut regrouper dans les thèmes suivants :



- violence de l'irruption et de la brutalité de la maladie, puis le grand vide du décès (« plus personne ne vient à la maison alors qu'avant, il y avait un défilé de soignants ») ;
- violence de la communication (conditions d'annonce du diagnostic : elle comprend que c'est grave à l'expression du médecin qui arrive avec « la cavalerie », il ne s'adresse jamais à elle en tête à tête) ou de la non-communication (les soignants « parlent devant mon fils comme s'il n'était pas là », ou ne prenant pas en considération ce que la mère dit, jusqu'à ce que le médecin inscrive sur le dossier « écouter la maman ! ») ;
- respecter une temporalité : à l'annonce du diagnostic, elle était tellement sidérée qu'elle n'avait rien entendu des longues explications du médecin. Après coup, elle aurait eu mille questions à lui poser mais, à ce moment-là, plus personne n'était disponible pour elle ;
- violence institutionnelle : le dossier (que la mère lit seule dans l'ascenseur), ré-expliquer à tous les soignants, remplir les dossiers à chaque fois, déplacer son enfant de brancard en brancard, médicaments non-disponibles en pharmacie, surcoût des frais annexes pour les parents lié à l'hospitalisation de leur enfant (parking, repas, etc.) ;
- l'ego des soignants qui n'écoutent pas la maman (donner les traitements, comment s'y prendre pour ne pas que l'enfant crie) : « je ne veux pas leur apprendre leur travail, mais leur expliquer comment prendre soin de mon fils », « accepter de sortir de ses certitudes pour apprendre » ;
- décalage entre la vie du service et ce qui se vit dans la chambre (« l'infirmière qui veut se dépêcher d'aller au self alors qu'il faut poser une sonde à mon fils ») ;
- l'importance du coordinateur de soins pour les maladies chroniques : il fait le lien, « fait tampon », maintient la confiance, facilite l'administratif, soutient, est disponible, prend le temps, etc.

La violence a été pour elle comme une succession de petites choses — organisation, administration, dysfonctionnements ou paroles blessantes, parfois sans gravité, mais qui, à force, ont accentué sa fatigue, ont entamé sa confiance jusqu'à ce qu'elle ne se sente pas de laisser son fils aux infirmières —, et qui font de l'hôpital « une micro-société ; on s'attendrait à autre chose mais ce n'est que la même chose que dehors, avec le tragique en plus ».

Elle n'en veut à personne et garde même confiance en chacun individuellement, mais la violence institutionnelle, du fait que l'hôpital soit par définition organisé en institution, reste un souvenir douloureux.

Ces vignettes cliniques font ressortir certains aspects du soin qui ont pu être vécus de façon violente par les enfants, les parents ou les soignants. Ils ne relèvent pas de situations particulières mais au contraire de nos pratiques courantes.

À partir de ces exemples, interrogeons-nous maintenant sur cette violence qui ressort de différentes façons, en commençant par quelques définitions légales et philosophiques.

## III. QUESTIONNEMENTS

### 1. Définitions

La définition de la violence dans le droit n'existe pas. Toutefois, nous pouvons retrouver quelques « bornes » légales censées garantir et défendre des droits fondamentaux.

Nous avons commencé nos débats sur le thème de la violence en interrogeant la souffrance et la douleur. Y a-t-il violence seulement lorsqu'il y a souffrance et/ou douleur ? Sont-ils des révélateurs de la violence ?

celui qui souffre, qui ressent une émotion désagréable qu'il cherchera à éviter.

La douleur, quant à elle, sera ce qu'en définit l'Association internationale pour l'étude de la douleur (IASP) : « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans ces termes. »



"Replica of a 19th-century restraint harness, England, 1930-1940" by Science Museum, London. Credit: Science Museum, London. CC BY

Ces articles de loi sont précisés en annexe.

Il convient aussi de chercher les définitions des termes que nous ne cessons d'employer, afin d'avoir un vocabulaire commun pour pouvoir nous entendre.

Souffrance et douleur ont des définitions différentes, différentes aussi suivant le contexte qui les définit. Ces termes peuvent même parfois être interchangeables.

Entendons-nous pour considérer la souffrance comme un état psychique ou moral de

Il y a donc un rapport au corps qui ressent la douleur infligée par un acte douloureux. L'acte qui provoque la douleur n'est pas nécessairement malveillant, particulièrement dans le soin. L'intention du soignant n'est pas de faire mal, et il cherchera même par différents moyens à atténuer la douleur dans la mesure du possible.

Néanmoins, les soins qu'il peut être amené à prodiguer sur le corps de l'enfant peuvent entraîner pour celui-ci une sensation douloureuse. Ainsi, nous voyons que violence et souffrance / douleur ne sont pas associées obligatoirement.

La situation de soin en pédiatrie peut aussi entraîner de la souffrance, nous l'avons vu en introduction. La relation triangulaire entre soignant, parent et enfant, dans la situation de soin, implique le vécu émotionnel de tous les protagonistes.

Ces relations sont asymétriques : face à la vulnérabilité de l'enfant, immature et dépendant d'autrui, doublée d'une plus grande vulnérabilité qu'entraîne la maladie, et la vulnérabilité des parents, dépendants des soignants pour venir en aide à leur enfant, il y a la supposée toute-puissance du soignant, celui qui sait comment faire pour soigner l'enfant.

Ce jeu de relations a lieu dans une institution, donc dans un cadre particulier, avec des enjeux qui se surajoutent : enjeux économiques, organisationnels, politiques, hiérarchiques, etc. Ce contexte est incompréhensible, on peut toujours essayer de l'améliorer, mais on ne peut en faire l'économie.

Le soin est nécessairement intrusif : il a lieu sur le corps d'autrui, parfois dans son intimité, parfois il rompt l'intégrité du corps. Ce sont des actes répréhensibles par la loi, sauf dans le cas de l'exer-

cice de la médecine, pour soigner la personne concernée.

Si la loi permet au soignant de faire intrusion sur le corps d'autrui, c'est qu'elle l'estime être en mesure de le faire sans malveillance, sans intention de nuire.

Au contraire, il serait parfois malveillant de ne rien faire, comme en cas d'urgence vitale, où il s'agirait de non-assistance à personne en danger.

### **« L'acte qui provoque la douleur n'est pas nécessairement malveillant, particulièrement dans le soin »**

Comme la relation de soins implique des individus, leurs émotions sont forcément sollicitées, et particulièrement dans le contexte de la maladie avec une vulnérabilité exacerbée.

L'expression des émotions, surtout les émotions négatives comme la douleur ou la souffrance, provoque des émotions chez les autres. Il est important d'être clair sur l'émotion qui est exprimée, par qui (qui souffre ?), et ses répercussions chez les autres.

Par exemple, voir souffrir quelqu'un donne envie de l'aider ou de le repousser, car cela provoque en nous de la pitié ou de la souffrance. La façon dont nous gérons les émotions, les nôtres et celles des autres, est révélatrice de nos valeurs.

D'un point de vue philosophique, nous pouvons souligner que la violence est pensée, d'abord, comme caractère relationnel et humain, ou comme caractère éventuel de la pratique du soignant.

Dans ce cas, la violence apparaît comme un usage illégitime de la force :

- d'un geste médical contraignant ou douloureux ;
- d'une décision de soins ;
- d'un système hospitalier ou médical éprouvé comme coercitif ou facteur de dommage moral à un moment donné.

Mais qu'est-ce qui permet, dans ce bilan, de parler de « caractère non légitime » ? Le manque de communication, d'information, venant de l'institution ou du soignant, vers le patient ou sa famille, qui implique une absence de consentement véritablement éclairé, ou un manque de confiance.

À partir de ce caractère insuffisamment éclairé, ou à partir de cette absence de confiance, les soins seront davantage imposés ou subis qu'acceptés et choisis.

Il s'agit, en somme, d'une violence comme dysfonctionnement, d'une violence qui vient caractériser — d'une façon qui est vécue comme problématique et anormale — l'action du soignant.

C'est une dimension doublement insupportable pour le soignant : au scandale de la maladie ou de la douleur, qu'il veut combattre, vient s'ajouter le scandale de l'action thérapeutique éprouvée, malgré lui, comme coercitive et injustifiée.

D'un point de vue philosophique toujours, nous pouvons souligner, ensuite, que la violence est pensée comme caractère existentiel, vécu — une violence non plus pratique ou humaine, mais du ressort de la souffrance ou de la douleur. La pratique soignante et la relation de confiance sont alors ce qui est mobilisé en vue de la réduire.

La souffrance ou la douleur sont violentes aussi en tant qu'absence de sens ; nous nous trouvons donc plutôt

face à une absence de sens qu'à une absence de légitimité, comme c'était le cas pour le point précédent.

Mais pourquoi, alors, la pratique du soignant, qui se veut en principe une solution et une réponse à cette violence biologique ou existentielle de la maladie, peut-elle parfois redoubler cette violence, en étant elle-même facteur de violence (dans le cas du soin imposé, ou vécu comme imposé) ?

**« La relation de soins est à la fois plus ou moins codifiée par les partenaires et imprévisible par sa charge affective »**

Enfin, la violence est pensée comme des émotions : pourquoi la détresse ou le rejet exprimé par le patient sont-ils à leur tour une violence pour le soignant, qui voit l'intention et le sens de son acte et de son identité déniés par les émotions ou les réactions du patient ou de sa famille ?

Il agit par bienveillance mais souffre d'être placé en position d'auteur malveillant, c'est à dire d'auteur de contrainte ou de dommage.

## 2. Discussion

### 2.1. Qui ?

La situation de soin en pédiatrie implique une relation entre plusieurs partenaires (soignant, patient, famille) au sein d'un contexte institutionnel. Cette relation est dynamique et fait évoluer la situation de soin en interdépendance avec l'environnement institutionnel qui en fournit le cadre.

La relation dont il est question relève pour le soignant du cadre professionnel, ce qui implique des rapports sociaux codifiés, préétablis et fixant par avance le rôle de chacun et les modalités d'interaction.

En effet, la relation de soin est empreinte de représentations et de scénarii qui tentent, pour chacun des protagonistes, de répondre à un besoin de sécurité (réassurance, prévisibilité etc.) dans un contexte qui relève souvent de la crise et d'un besoin d'efficacité chez le soignant.

Ce dernier attend des patients qu'ils adoptent les comportements escomptés et qu'ils le fassent dans le délai le plus bref possible. La plupart du temps, ce type de re-

lation permet au soignant une relative économie de la charge affective et cognitive, mais en réalité aucune situation relationnelle n'est identique. Ainsi, chez le soignant en situation de soin, il semble exister une mise en tension entre l'objectivité du soin et l'intersubjectivité en jeu dans l'échange.

Du côté du patient et de sa famille, la relation dont il est question relève de l'extraordinaire. Les représentations sont en jeu pour tenter de maîtriser les événements mais les émotions qu'ils vivent prédominent dans la rencontre avec le corps médical : insécurité, stress, angoisse, séparation, perte, douleur, etc. sont autant d'obstacles à une relation de soin facile et spontanée.

Tandis que les uns sont aux prises avec l'affect, les autres, mus par un souci d'efficacité, cherchent à l'évacuer pour mieux apporter leur aide, qu'ils abordent en priorité comme technique et opérante.

La relation de soins est donc à la fois plus ou moins codifiée par les partenaires et imprévisible par sa charge affective, ce qui la rend, quelle que soit la situation, toujours délicate à aborder et à

conduire : c'est dans de telles conditions intersubjectives qu'il semble exister un risque de vécu violent chez le patient, chez sa famille, comme chez le soignant.

### 2.2. Asymétrie

*« Il n'y a pas de symétrie dans les représentations, les attentes, les statuts et les rôles des personnes initiées qui évoluent sur leur territoire (soignants) et des non-initiés (les patients et les familles) qui arrivent dans une micro culture, une organisation, des modes de communication, un environnement qui leur sont étrangers et qu'ils ne maîtrisent pas »*

Formarier 2007

Quoique dans une moindre mesure chez l'enfant, le patient et sa famille abordent la situation de soin avec des représentations nécessaires pour adapter leur comportement : elles leurs sont propres, elles sont teintées par leur culture, leur vision de la santé et de la médecine, leur expérience antérieure, leur rapport aux figures parentales, etc.

Chez le jeune enfant, ce qui est attendu de lui est compris implicitement ou explicitement dès lors que le soignant a la possibilité de lui verbaliser ce qu'il fait et ce qui va se passer.

Mais c'est l'attitude parentale dans une configuration à trois qui va être déterminante pour lui. C'est pourquoi le propos suivant de Duhamel prend tout son sens en pédiatrie : « Les professionnels de santé ont trop longtemps considéré la famille comme une extension du patient, au lieu de considérer le patient comme une extension de la famille. »

### 2.3. Vulnérabilité et toute puissance

L'asymétrie dans la situation de soin renforce le sentiment de vulnérabilité du patient et de sa famille qui vivent un déséquilibre. Elle se double souvent d'une sensation d'être un objet de soin, sentiment renforcé par le contenu des interactions qui se présentent le plus fréquemment dans un registre informatif ou éducatif.

Les représentations concernant le corps médical, l'image de toute puissance du médecin notamment, et les résonances émotionnelles, vont induire chez le patient des réactions de défense dont la plus fréquente est la soumission, qui renforce l'asymétrie.

Cette tendance à s'en remettre au médecin est souhaitable et généralement spontanée chez l'enfant à

condition que ses parents y adhèrent en témoignant d'une confiance à l'égard du soignant : parfois la relation triangulaire (délégation à une autre autorité de la compétence) est génératrice de conflits chez les parents, générant des tensions qui s'immiscent alors dans la relation de soin et qui compromettent le sentiment de sécurité de l'enfant déjà mis à l'épreuve par sa situation.

Lorsqu'il est possible, un engagement actif dans le sens d'une coopération unissant le patient, la famille et le soignant apparaît comme condition pour sortir de ce dualisme vulnérabilité / toute puissance.

Derrière toute notion de besoin objectivé auquel le soignant tente d'apporter une réponse, le patient cache un désir (infantile), une demande plus floue, plus personnelle, plus difficile à décrypter et qui ne peut être entendue par le soignant que dans le cadre d'une relation de confiance qui sort des chemins standardisés de l'institutionnalisation des pratiques.

Encore que, le soignant, dans son évaluation des besoins du patient et dans sa tentative d'y répondre, rencontre nécessairement des limites :

de par leur nature, il ne peut pas satisfaire à tous les besoins du patient.

Dès lors, sortir de la dimension imaginaire qui prête capacités et incapacités aux uns et aux autres, réinstalle la symétrie dans la relation de soin. De plus, la valorisation moderne des principes d'égalité et d'autonomie du patient est venue modifier le contrat médical dans ce même sens.



"Replica of an iron wrist restrainer, England, 1850-1920" by Science Museum, London. Credit: Science Museum, London. CC BY

### 2.4. La relation comme un des éléments de réponse

Le travail relationnel, comme partie prenante du travail du soignant, peut être très large et varié suivant les situations de soins auxquelles les professionnels sont confrontés.

Les tentatives de description et de théorisation ne sont pas nouvelles : relation d'empathie, relation d'aide, *counseling*, relation thérapeutique, relation éducative, relation de soutien social au patient et à sa famille, etc. (Formarier 2007).

Elles sont autant de tentatives de repérage qui présentent le risque d'un appauvrissement de la relation à des outils intellectuels (s'intéresser à la relation de soin pour repenser la médecine moderne finit à son tour par être passé au crible de son propre paradigme de l'objectif).

Quel juste milieu pour ne pas enfermer la relation de soin dans un carcan théorique et la rendre visible, intelligible et analysable, le but étant d'accueillir et de garder vivante la situation de soin ?

Ce qui se remarque aujourd'hui dans les pratiques médicales, c'est que tant qu'elles s'exclurent mutuellement, les soignants seront inévitablement pris entre affectivité et distanciation objectivante.

Pour reprendre la réflexion proposée par J.-M. Lebrét (Lebrét 2007), un bon soignant peut-il refuser d'être

affecté par la détresse de son patient ? Et comment ne pas fusionner avec cette détresse pour continuer à fonctionner et à assurer les soins ? Où se trouve la juste distance qui permet d'établir une relation responsable ?

Les travaux d'Hesbeen proposent des pistes de réponses. Avec la notion de « prendre soin » en distinction avec celle de « faire du soin », le soignant inscrit son action, son métier dans « une perspective soignante, porteuse de sens et aidante pour la personne ».

Non seulement il se doit de soigner la maladie mais il entreprend une relation soignante avec le patient. Le concept de prendre soin renvoie le soignant à ses propres valeurs et à son éthique du soin. Il désigne « cette attention particulière que l'on va porter à une personne vivant une situation particulière en vue de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, de promouvoir sa santé » (Hesbeen 1997 : 8).

Hesbeen différencie deux éléments dans le prendre soin : l'essence du soin et l'accessoire. La première est la démarche interpersonnelle, la seconde l'ensemble des techniques, des protocoles,

des terminologies, des modes d'organisation, des lieux de soins utilisés par les soignants.

Le patient se retrouve au centre des préoccupations du soignant, lui-même étant le premier agent du soin.

**« Un bon soignant peut-il refuser d'être affecté par la détresse de son patient ? Et où se trouve la juste distance qui permet d'établir une relation responsable ? »**

Ainsi, même si l'intention des soignants est bienveillante, ils cherchent à obtenir l'approbation du patient ou de ses parents. Le soignant souhaite un consentement qui corresponde à ce qu'il estime bon pour le patient. Ceci risque d'empêcher d'entendre son désir à lui, sa parole, sa volonté, son autonomie.

De plus, ce consentement est peut-être toujours altéré par le fait que, même si les parents acceptent le résultat escompté et les risques encourus, ils n'acceptent pas forcé-

ment les conditions concrètes dans lesquelles les soins se déroulent. La distinction entre consentement et soumission est fragile. Finalement, l'intention comme le consentement sont biaisés.

Ceci nous amène à dire que malgré le bénéfice attendu par nos situations de soin (bienveillance, guérison), il n'élimine pas, n'éliminera jamais la souffrance, l'intrusion, la force, etc.

Est-ce de la violence ? Cette « tension » — au sens négatif d'un désaccord que l'on chercherait à éviter, ou au sens d'une tension entre deux pôles en relation — qui est inéluctable dans toute situation de soin, peut être considérée comme de la violence si nous n'en n'avons pas conscience et que nous ne tentons pas de l'amoinrir en laissant la place à l'expression des enfants et des familles, et de la limiter par la confiance dans la relation de soin.

En effet, sans conscience, sans place pour l'expression des émotions et sans confiance, la situation est subie, par les soignants ou les enfants et les familles, et donc violente.

## IV. VERS LA BIENVEILLANCE

Il n'est pas dit que de nouveaux protocoles de bonnes pratiques permettent de résoudre cette question de la violence.

Au contraire, ils risquent de renforcer la pression institutionnelle sur le soignant, qui considérera cette difficulté comme extérieure à lui, comme une injonction, comme étant résoluble par une série d'actions alors qu'il s'agit justement d'une mise en lumière, en conscience, d'attitudes et de circonstances qui sont quotidiennes et négatives pour l'enfant et sa famille comme pour le soignant lui-même.

S'il n'y a pas de protocole à proposer, nous ne sommes pas pour autant condamnés à subir cette violence au quotidien, sans chercher à lui faire face.

D'abord, lorsqu'un épisode a été perçu comme violent par le soignant ou par le patient ou sa famille, il est possible d'y revenir après-coup.

A contrario d'avec la situation clinique en institution, où le malaise de la souffrance du

jeune a été renforcé par le fait que personne ne pouvait en parler, il peut être souhaitable de reprendre ensemble, avec tous les protagonistes en jeu, les événements passés, les émotions qu'ils ont provoquées chez chacun, le sens des gestes posés et des paroles dites, l'objectif du soin.



"Replica of a 19th-century restraint harness" by Science Museum, London. Credit: Science Museum, London. CC BY

Ceci pourrait rétablir, maintenir, renforcer une relation de confiance nécessaire dans le soin. Le groupe « Éthique pédiatrique » a pour vocation aussi d'entendre ce genre de réflexions a posteriori.

Nous avons un « bouclier » essentiel, puissant, pour protéger la situation de soin de la violence. Il s'agit de la collégialité.

En effet, être ensemble à confronter nos points de vues, nos sensibilités, pour inventer d'autres solutions, pour être responsables de nos valeurs face au groupe mais aussi pour porter collectivement des valeurs, pour nous appuyer nous-mêmes sur un climat de confiance, tout ceci permet de désamorcer des lieux de violence potentielle en nous et de nous ouvrir aux autres sensibilités, pour entendre que certains peuvent souffrir de situations que l'on n'avait pas vues comme violentes a priori.

La collégialité est un lieu privilégié de prise de conscience. W. Hesbeen souligne l'importance d'une ambiance épanouissante au travail pour les soignants, sans quoi ils ne peuvent être bienveillants envers les patients.

Avant tout, nous avons souligné à plusieurs reprises l'importance de la prise de conscience que la situation



de soin est potentiellement violente.

Cette prise de conscience s'accompagne d'une écoute des émotions en jeu dans la situation de soin, les siennes comme celles des autres.

Il est possible, nous l'avons vu grâce au témoignage de notre sage-femme, d'entendre l'expression de la douleur ou de la souffrance du patient, de sa famille, sans que cela vienne nous blesser nous-même, nous faire vivre une expérience violente.

Cet accueil de la souffrance de l'autre, sans jugement et sans répercussions négatives (repli, rejet, etc.), renforce la relation de confiance : « il entend que je souffre, sans s'effondrer lui-même, il m'accepte jusque-là, donc oui je peux vraiment lui faire confiance. »

La sincérité impose que cette écoute concerne tous les participants, et donc aussi d'être à l'écoute des émotions du soignant. C'est à partir d'elles que ce dernier peut déceler une situation qui pose problème.

Le témoignage de l'infirmière de Corinne est très parlant pour cela : elle se sentait mal de ce qui se déroulait. Mais

cette écoute de ses émotions n'est pas forcément partageable avec le patient ou sa famille, puisque dans leur vulnérabilité, ils n'ont peut-être pas les moyens d'entendre les doutes ou les difficultés, du moins pas dans toutes les situations.

**« La solution paraît résider dans une notion fondamentale, et qui englobe tous les cas. Il s'agit de la notion du sens. »**

Là aussi, la collégialité vient renforcer le soignant en lui offrant un lieu d'expression de ses émotions.

Si le soignant peut aussi entendre ses émotions, tout autant qu'il entend celles des autres, alors la relation de confiance s'enrichit de « sujets » et non d'acteurs, d'objets, de victimes.

En résumé, la solution paraît résider dans une notion fondamentale, et qui englobe tous les cas. Il s'agit de la notion du sens.

D'une part, ce sens est en grande partie ce qui est créé par l'échange et la construction commune de vécus émo-

tifs et réflexifs : la confiance entre soignants, au sein de l'équipe, est ce qui donne sens aux pratiques et qui reconnaît la réalité des émotions vécues.

L'idée est que la violence est réduite ou transformée, par la reconnaissance et la réflexion commune, en une difficulté non insurmontable, non absurde, non enclose sur elle-même, qui peut ouvrir sur un dépassement. La solitude, au contraire, radicalise la violence vécue.

D'autre part, ce sens est ce qui caractérise l'action de soin où le patient est à la fois réellement entendu et acteur, en partie, de la situation thérapeutique.

C'est par ce sens émanant de la réciprocité de l'engagement que la violence est réduite au minimum : violence de la souffrance, qui perdure certes, mais légitimité de la pratique dans un échange permis par la confiance.

## CONCLUSION

Cette ébauche de synthèse de nos réflexions n'a pas pu faire le tour de la question de la violence. Celle-ci est trop vaste et trop complexe. Néanmoins, nous avons tenté d'en délimiter certains contours, afin que ce soit un support pour chacun pour interroger la place de la violence dans ses propres pratiques.

Il ne suffit pas de dire qu'une situation est violente, mais on peut chercher à déterminer de quelle violence il s'agit et savoir qui souffre. Aussi, il faut être vigilant à ne pas banaliser une situation ou des pratiques, alors que des dérives peuvent témoigner d'une violence insidieuse. Ainsi, un phénomène ne peut pas être classé directement comme « violent » ou comme « normal ».

Ne cherchons pas absolument un confort émotionnel, un confort dans les situations de soin, car la violence pourra s'immiscer par là. Au contraire, n'ayons pas peur de laisser surgir les émotions, d'en tenir compte, les siennes comme celles des patients et des familles. Elles ne nous

submergeront pas mais nous permettront de créer une relation de confiance, rempart face à la violence. Ce climat bienveillant sera porteur pour les patients et pour les familles, mais pour les soignants aussi.

Permettons aussi à l'institution de ne pas chercher un confort de fonctionnement, elle non plus. Son besoin de stabilité et de sécurité peut vite finir en rigidité alors qu'elle est faite d'individus et d'imprévus.



"Restraint blanket, England, 1903-1948" by Science Museum, London. Credit: Science Museum, London. CC BY

## BIBLIOGRAPHIE

- DAMIEN R. et C. Lazzeri (dir.), 2006, *Conflit, confiance*. Besançon, Presses universitaires de Franche-Comté.
- DAVOUS D., C. Le Grand-Séville et É. Seigneur (dir.), 2014, *L'éthique à l'épreuve des violences du soin*. Toulouse, Érès.
- DUHAMEL F. (dir.), 1995, *La santé et la famille. Une approche systémique en soins*. Montréal, Gaëtan Morin.
- ESTRYN-BEHAR M., N. Duville, M.-L. Menini, D. Camerino, S. Le Foll, O. le Nézet, R. Bocher, B. van der Heijden, P. Conway, et H. Hasselhorn, 2007, « Facteurs liés aux épisodes violents dans les soins : Résultats de l'enquête européenne Presst-Next », *La Presse Médicale* 36 : 21-35.
- FORMARIER M., 2007, « La relation de soin, concepts et finalités », *Recherche en soins infirmiers* 2, 89 : 33-42. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2007-2-page-33.htm> (page consultée le 26 juin 2018).
- HESBEEN W., 1997, *Prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Paris, Masson.
- JAFFRO L., 2017, « Les conceptions harmonique et dysharmonique de la confiance : une réflexion à partir du paradigme augustinien » (Séminaire « Les après-midis de philosophie et économie » du 04 décembre à l'Université Paris 1). Non publié.
- KERVÉGAN J.-F., M. Plouviez et P.-Y. Quiviger (dir.), 2015, *Norme et violence. Enquête franco-italienne*. Zurich, Georg Olms.
- LEBRET J.-M., 2007, « Réflexion philosophique sur la relation soignant/soigné » (article libre). En ligne : <https://www.cadredesante.com/spip/profession/profession-cadre/Reflexion-philosophique-sur-la> (page consultée le 26 juin 2018).
- MARIN C., 2018, *Hors de moi*. Paris, Allia.
- VERSPIEREN P. et M.-S. Richard (dir.), 2011, *Violence de la maladie, violence dans le soin* (Colloque du 27 novembre 2010). Paris, Facultés jésuites de Paris.

## ANNEXE

Voici les articles de loi qui abordent la violence dans le soin :

- Article L. 1110-1 du Code de la santé publique : « Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne ».
- Article L. 1110-2 du Code de la santé publique : « La personne malade a droit au respect de sa dignité ».
- La loi n°94-653 du 29 juillet 1994 inscrit dans le Code civil le principe de la primauté de la personne et pose l'interdiction de toute atteinte à la dignité de celle-ci. Elle affirme la garantie du respect de l'être humain dès le commencement de sa vie et prévoit qu'il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité thérapeutique pour la personne. Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement, hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir (cf aussi l'arrêt de la Cour de Cassation du 3 juin 2010). Elle consacre également le principe de l'intégrité de l'espèce humaine. Par ailleurs cette loi encadre l'étude génétique des caractéristiques d'une personne et l'identification d'une personne par ses empreintes génétiques.

Ces articles définissent en négatif ce qu'est la violence : un non-respect de l'intégrité de la personne et de sa dignité. Ceci n'est pas complètement satisfaisant car des situations peuvent être violentes alors que rien n'est fait en dehors de la loi ou que la dignité des personnes est respectée.

Voici un article qui la définit plus directement : selon l'article 1112 du Code civil, « il y a violence lorsqu'elle est de nature à faire impression sur une personne raisonnable, qu'elle peut lui inspirer la crainte d'exposer sa personne ou sa fortune à un mal considérable et présent. On a égard en cette matière à l'âge, au sexe, à la condition de cette personne ».

\* \* \*

La violence est, selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales :

- Une force exercée par une personne ou un groupe de personnes pour soumettre, contraindre quelqu'un ou pour obtenir quelque chose. « Où commence la contrainte ? Elle ne consiste pas seulement dans l'emploi direct de la violence ; car la violence indirecte supprime tout aussi bien la liberté. Si l'engagement que j'ai arraché en menaçant quelqu'un de la mort, est moralement et légalement nul, comment serait-il valable si, pour l'obtenir, j'ai profité d'une situation (...) qui mettait autrui dans la nécessité de me céder ou de mourir ? » (Durkheim, Divis. trav., 1893, p. 376).
- Acte(s) d'agression physique ou verbale commis volontairement à l'encontre d'autrui, sur son corps ou sur ses biens.
- Ensemble d'actes ou d'attitudes qui manifestent de l'hostilité, l'agressivité entre les individus.
- Disposition d'un être humain à exprimer brutalement ses sentiments, le comportement qui la manifeste.
- Pour le droit civil : une contrainte illicite exercée sur quelqu'un pour obtenir quelque chose avec son consentement. La violence est une cause de nullité du contrat (Code civil, 1804, art. 1113, p. 202).
- Pour le droit pénal : le fait d'agir sans le consentement de la personne intéressée (Cap. 1936) ou un acte de rudesse volontairement commis aux dépens d'une personne (Cap. 1936).
- Un acte de violence recouvre tout événement, agression, parole, comportement blessant qui porte atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique des personnes, ou aux biens des personnes et/ou au bon fonctionnement des services.

Le préjudice peut être :

- physique ou psychique (blessure et, de manière générale, toute atteinte à la santé, à l'intégrité physique ou mentale d'une personne) ;
- moral (préjudice non économique et non matériel subi par la victime, cf. Estryn-Behar et al. 2007).

\* \* \*

Le site suivant propose un état des lieux intéressant sur l'aspect légal de la violence dans le soin : [http://scotti-avocat.fr/Publications/Violence\\_et\\_Maltraitance.html](http://scotti-avocat.fr/Publications/Violence_et_Maltraitance.html)



# Qui sommes-nous ?

L'**Espace Éthique Azuréen** est une émanation du CHU de Nice.

Sa vocation est de **promouvoir la place de l'éthique en santé**, en particulier dans les soins.

À ce titre, il coanime l'Espace de Réflexion Éthique Interrégional PACA-Corse et travaille en partenariat avec l'Université Nice Sophia Antipolis.

C'est un **lieu d'échanges, de formation, et d'informations** ouvert à toutes et à tous.

Ses missions sont :

- de stimuler le **débat public**,
- d'accompagner le **développement professionnel** des (futurs) soignants et des aides-soignants,
- de démocratiser l'accès aux **ressources documentaires** spécialisées.

Retrouvez-nous sur [www.espace-ethique.azureen.fr](http://www.espace-ethique.azureen.fr), sur **Facebook** et sur **Vimeo** pour en savoir plus !

