

Violence dans les soins : jusqu'où ? Quelles réponses juridiques

Nathalie Lelièvre

Juriste droit de santé, chargée de conférence et formation continue, Lyon

« Il est difficile de donner une définition universelle de l'enfance maltraitée et négligée. Ce qui est perçu comme de l'abus par certains est considéré comme normal et acceptable par d'autres.

La plupart des spécialistes de la protection de l'enfance, toutefois, s'entendent sur une définition commune de la violence envers les enfants. Il s'agit de mauvais traitements infligés à un enfant ou de négligence des besoins liés au développement de ce dernier par un parent, un tuteur ou une personne qui en prend soin, entraînant ainsi ou pouvant entraîner des blessures ou des effets néfastes sur les plans affectif ou psychologique. » [1]

Le soignant peut-il être maltraitant lors de sa mission de soins envers un enfant ? Comment évaluer cette maltraitance ? Et quelles peuvent en être les conséquences au regard de la loi ?

L'objet de cet article est de commencer par la douleur en rappelant le principe de la prise en charge de la douleur et en détaillant le contenu pour déterminer juridiquement les situations qui pourraient relever de la violence et d'en analyser les conséquences eu égard à la loi.

Une défaillance dans la prise en charge de la douleur : quels risques pour les professionnels de santé ?

Les réponses à la douleur ont évolué au fil du temps, grandement conditionnées par les possibilités de l'antalgie aux diverses époques.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients pose le principe selon lequel : « [...] *Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée* [...] » Article L 1110-5 du code de santé publique (CSP).

Définition juridique de la prise en charge de la douleur : rappel

L'une des cibles du 3^e plan est « Améliorer la prise en charge des douleurs des populations les plus vulnérables notamment les enfants et les adolescents, personnes polyhandicapées, des personnes âgées et en fin de vie [...] ». »

L'information de l'enfant et des parents sur l'organisation de la prise en charge est une étape importante pour rassurer parents et enfant. L'information doit être adaptée aux capacités de l'interlocuteur. Au regard du droit, le professionnel de santé ne recherche pas le consentement de l'enfant mais celui des parents.

Cependant, d'un point de vue éthique il semble difficile de mettre en place un traitement « par force ». L'ensemble des textes rappelle l'importance de l'information du patient et que celle-ci doit être adaptée à ses capacités de compréhension. Le mineur a le droit d'être informé des raisons pour lesquelles le traitement est mis en place, ce qu'il peut en attendre, les limites mais aussi les

effets secondaires (sans pour autant que cette information devienne anxiogène). Il est recherché avant tout l'adhésion du mineur au traitement.

La prise en charge de la douleur se décompose en trois étapes, voire quatre.

Prévention de la douleur

Il résulte des dispositions de l'article L. 1110-5 du CSP que les soignants doivent s'efforcer de prévenir la douleur notamment lors des soins douloureux (pansements, biopsie, rééducation, etc.).

Le plan de lutte contre la douleur 2002-2005 était, entre autres, ciblé sur la douleur provoquée par les soins et la chirurgie. À cette fin, le deuxième plan rappelait l'importance de développer les protocoles définis dans la circulaire n° 98/94 du 11 février 1999 [2]. L'intérêt est de pouvoir répondre rapidement à un besoin, en l'occurrence apaiser et prévenir la douleur.

L'une des cibles du 3^e plan est la notion de la prévention de la douleur chez la personne âgée en ajoutant le terme de **bientraitance**. **Cette notion peut être transposée à tous les patients du plus petit au plus grand.**

Évaluation de la douleur

La prescription d'un antalgique n'est pas une fin en soi, encore faut-il veiller à son efficacité, à l'évolution du patient ; pour cela il convient d'évaluer la douleur du patient à l'aide des dispositifs existants et de réévaluer le traitement mis en place.

Le suivi du patient douloureux nécessite un travail d'équipe nécessairement pluridisciplinaire.

Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier évalue la douleur du patient (article R. 4311-2, 5° du CSP). Si l'infirmier constate que le traitement antalgique administré au patient n'est pas suffisant, il en informe le médecin qui changera éventuellement le traitement ou l'adaptera selon les besoins du patient.

L'évaluation est importante car elle permet au médecin de juger de l'efficacité ou non du traitement et de prendre les mesures en conséquence. Par ailleurs, il est important que l'évaluation apparaisse dans le dossier médical du patient. Cela d'autant plus que l'article L. 1110-5 du CSP précise bien « la douleur doit être en toute circonstance évaluée ».

La gestion du dossier médical doit être tenue avec la plus grande rigueur avec mention des heures d'évaluation, de la cotation (cotation au repos et cotation lors des mobilisations) et du suivi.

Traitement de la douleur

Le médecin n'est pas tenu à une obligation de guérison, en l'espèce, qui consisterait à la disparition des douleurs. En revanche, il doit s'efforcer de mettre en œuvre les moyens antalgiques qu'il dispose pour soulager au mieux son patient. La prise en charge de la douleur est un acte de soin à part entière et à ce titre le professionnel de santé est tenu à une obligation de moyen. Cette obligation se définit comme une « prise en charge attentive, consciencieuse et conforme aux données actuelles et acquises de la science. ».

Préalablement à la mise en place d'un traitement, le médecin doit prêter attention sur les effets du traitement et notamment sur les **effets iatrogènes**. La prise en charge de la douleur est une prise en charge pluridisciplinaire mais aussi et surtout globale.

Réévaluation et traçabilité

Douleur et justice

Aux termes de l'article L 1142-1 du CSP « *Hors les cas où leur responsabilité est encourue en raison d'un défaut de produit de santé, les professionnels de santé mentionnés à la quatrième partie du code, ainsi que les établissements, service ou organisme dans lesquels sont réalisés des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute ...* ».

Dans l'hypothèse d'une action en responsabilité civile ou administrative pour manquement à l'obligation de prise en charge de la douleur, c'est le droit commun qui s'applique, à savoir **la responsabilité pour faute**.

Trois conditions dites cumulatives doivent alors être réunies : l'existence d'une faute, d'un dommage et du lien de causalité.

En l'occurrence, une affaire portant sur une carence dans la prise en charge de la douleur, la faute était constituée du fait que le centre hospitalier « ne prouve pas l'impossibilité ou de contre-indication à la mise en place d'un traitement antalgique. Dans ces conditions, l'absence de traitement antalgique constitue bien une faute » (Cour administrative d'appel de Bordeaux, 13 juin 2006).

Vouloir mettre en place un traitement à tout prix par des méthodes de contentions, de violences verbales et ou physiques envers l'enfant et/ou les parents, est-ce sanctionnable ?

La violence des soins : quelles réponses juridiques ?

À quel moment un soin peut-il être qualifié de violent ?

Analyse au regard du droit civil

La violence, au sens du droit civil, est l'acte délibéré ou non, provoquant chez celui qui en est la victime, un trouble physique ou moral comportant des conséquences dommageables pour sa personne.

Contrairement aux idées reçues, la violence ne se limite pas à une agression par des coups volontaires ou involontaires. Des mots peuvent être violents, une ambiance tendue peut être violente des propos envers l'enfant ou ses parents peuvent être violents. C'est en fait un ensemble de données, circonstances qui vont conduire à la réalisation d'un soin dans un climat qui sera violent pour l'enfant et ses parents. La violence peut être constituée avant même le soin !

Analyse au regard du droit pénal

La qualification de violence n'existe pas. En revanche, il peut être retenu envers le soignant la qualification de coups et blessures volontaires ou involontaires.

« Les coups et blessures volontaires visent les actes qui portent atteinte à l'intégrité physique d'un être humain. **Les atteintes psychologiques sont également prises en compte.**

Ils sont dits volontaires lorsque leur auteur a eu la volonté de commettre un acte violent. Il est alors responsable de toutes les conséquences de cet acte, y compris de celles qu'il n'a pas souhaitées. C'est le cas par exemple d'une personne qui, en cherchant à faire peur à quelqu'un ou à l'intimider, la blesse. »

Si le résultat recherché n'est pas pris en compte pour caractériser un acte de violence volontaire, la peine encourue dépend des effets de l'acte incriminé : en absence de lésion il s'agit d'une contravention, ensuite la peine peut aller de 3 à 15 ans de prison (en cas de décès de la victime). Il convient de noter que ces peines sont aggravées lorsqu'il s'agit d'un mineur de moins de 15 ans.

« Les coups et blessures sont involontaires lorsque la victime a subi des dommages par une faute d'imprudence, de **négligence**, d'inattention de la part de l'auteur, ou que celui-ci n'a pas respecté une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la législation. »

Les peines encourues peuvent aller de la simple contravention à 2 ans de prison, tout en sachant que la peine est aggravée lorsque la victime est un mineur de moins de 15 ans.

En conséquence, selon les circonstances, le juge saisi d'une plainte déterminera si les coups et blessures étaient volontaires ou involontaires. Il sera tenu compte des répercussions sur la victime des faits et gestes réalisés par les soignants.

En conclusion

La réponse pénale, le recours à la loi doivent rester la dernière issue. Il est fondamental pour toutes équipes de savoir remettre en question ses pratiques et surtout ses habitudes. Finalement, quand on en arrive à une plainte des parents, le mal est déjà fait tant à l'égard de l'enfant que de l'équipe.

En revanche, quand l'équipe remet en question ses pratiques pour les évaluer et les faire évoluer, c'est déjà un grand pas. Aux récalcitrants de la remise en question, je répondrai tout simplement que « **coutume ne fait pas loi** » ! Ce n'est pas parce que pendant des années on a attaché avec force les enfants pour faire les soins et que personne n'a jamais rien osé dire qu'il faut en déduire que l'on est dans son bon droit. Bien au contraire.

Références

[1] Latimer J. pour l'Unité de la prévention de la violence familiale, Santé Canada. *Les conséquences de la violence faite aux enfants : Guide de référence à l'intention des professionnels de la santé*. Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux, Canada, 1998.

[2] Circulaire n° 98/94 du 11 février 1999 relative à la mise en place des protocoles de prise en charge de la douleur aiguë.