Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

DIRECTION
GÉNÉRALE
DE L'OFFRE
DE SOINS

RAPPORT 2018

Données 2017

OBSERVATOIRE NATIONAL
DES VIOLENCES
EN MILIEU DE SANTÉ

Les signalements recueillis sur la « plateforme signalement ONVS » ne sont pris en compte que sur la base du volontariat des établissements. Ils n'ont donc pas vocation à l'exhaustivité.

Rapport en ligne sur
http://social-sante.gouv.fr/dgos/onvs

Vincent Terrenoir
Commissaire divisionnaire
Délégué pour la sécurité générale
vincent.terrenoir@sante.gouv.fr

Claude Barat
Gestionnaire ONVS
claude.barat@sante.gouv.fr

SOMMAIRE

INTRODUCTION 3

I. PRÉSENTATION DES DONNÉES 2017 8

I.1 Les régions déclarantes 8

I.2 Les types d'établissements déclarants 10

I.3 Les événements signalés 11

I.4 Les atteintes aux personnes 19

I.5 Les atteintes aux biens 31

FOCUS sur les services de psychiatrie 37

FOCUS sur les services de gériatrie 46

FOCUS sur les services des urgences 49

II. ANALYSE DES VIOLENCES ENVERS LES PERSONNES 53

II.1 Typologie des victimes 53

II.2 Typologie des auteurs 56

II.3 Les motifs de violence 59

II.4 La gestion des événements de violence 70

II.5 Les suites données 72

II.6 Décisions de justice 73

CONCLUSION 79

ANNEXES 80

La fiche de signalement ONVS 80

L'échelle de gravité des signalements de l'ONVS 81

Liste des sigles utilisés 82

INTRODUCTION

Le rapport 2018 (données 2017) de l'Observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS) appelle plusieurs observations :

Il prend en compte les signalements effectués par les établissements de santé et les établissements sociaux et médico-sociaux du public et du privé sur la base du volontariat.

Ainsi, 446 établissements (7,71 % des établissements) ont déclaré 22 048 signalements[1]**,** soit une augmentation de signalements de 25,3% pour une augmentation d'établissements déclarants de 23,9%
En 2016 : 360 établissements (6,23 % des établissements) ont déclaré 17 596 signalements.

Les chiffres de ce rapport doivent toutefois être analysés avec circonspection car, n'étant pas exhaustifs, ils ne reflètent qu'une tendance. Celle-ci, à l'image d'un sondage, semble être assez proche de la réalité des divers types de violences, d'incivilités et d'atteintes aux biens qu'on peut retrouver dans les établissements en fonction des services et lieux où ils sont commis.

> ✓ **Remarque 1** **Le fait qu'un établissement déclare des signalements à l'ONVS n'a pas pour but de le stigmatiser, ni de lui faire endosser une mauvaise réputation** (les signalements sont anonymes tant à l'égard des personnes que des établissements). En revanche, c'est bien par une déclaration exhaustive de ces phénomènes d'incivilité et de violence portés à la connaissance de l'ONVS qu'il sera possible, d'une part, de tirer de justes conclusions et, d'autre part, de proposer en retour une réponse politique nationale où chaque établissement pourra puiser des idées applicables et modulables pour lui-même et appropriées à son propre contexte.
>
> Que les établissements tiennent leur propre base d'« événements indésirables » est nécessaire pour chacun d'entre eux, car tout incident d'atteinte aux personnes et aux biens se doit d'être traité localement en leur sein. Il y va de leur responsabilité. Cependant, dans le cadre d'un travail collectif national, l'ONVS doit pouvoir aussi profiter des données et éléments transmis par chaque établissement.
>
> **Plus les établissements déclareront, plus l'ONVS aura une vue exhaustive et affinée des violences. Les établissements sont donc encouragés à poursuivre cette dynamique.**

Le domaine d'action de l'ONVS.

Il recense les atteintes aux personnes et aux biens hors du champ des pratiques médicales.

Les incivilités, violences et actes de malveillance signalés le sont :

- de patients/accompagnants sur personnels de santé,
- entre patients/accompagnants,
- de personnels de santé sur patients/accompagnants,
- entre personnels de santé.

[1] Le plan d'action interministériel de novembre 2016 relatif à la sécurisation des établissements de santé, l'implication de l'ensemble du ministère dans les politiques de prévention et de gestion des événements de violence, et celle de nombreux acteurs dans les établissements ont créé une réelle dynamique en la matière. Ce plan rappelle que les établissements de santé doivent déclarer systématiquement toutes les violences à l'ONVS…

■ **Afin de bien prendre comprendre l'articulation des chiffres évoqués, il importe de distinguer : le signalement – l'atteinte – le fait ou acte.**

Un signalement à l'ONVS est une fiche rendant compte d'un événement survenu qui peut comporter
↳ une **atteinte aux personnes et/ou une atteinte aux biens** qui peuvent elles-mêmes comporter
↳ plusieurs **faits ou actes** de niveaux de gravité différents.

Ex : un signalement avec 3 personnes injuriées (niveau 1), menacées (niveau 2), dont deux sont frappées à coups de poings (niveau 3), la 3e avec une arme par destination (niveau 4) et dont l'une a été l'objet d'un vol de numéraire (niveau 1). Cela fait donc 1 signalement comprenant 2 atteintes (1 aux personnes et 1 aux biens), 5 actes/faits (4 actes/faits d'atteintes aux personnes et 1 acte/fait d'atteinte aux biens) et 3 victimes. Le fait le plus grave détermine le niveau du signalement (dans cet exemple, ce sera donc un signalement de niveau 4).
V. détail de l'échelle de gravité des atteintes aux personnes et aux biens en fin de ce rapport.

Le signalement n'est pas une plainte et n'a donc aucune valeur juridique.

■ **Près de 200 signalements (verbatims) ou extraits sont retranscrits dans le rapport 2018.** Certains sont pudiques et, en une seule phrase, sont capables de révéler la violence dont la personne a été victime. D'autres sont plus longs, très détaillés, et expriment une souffrance ponctuelle ou habituelle, une situation particulièrement angoissante, une lassitude face à la violence. Le personnel ressent parfois le besoin de se justifier parce qu'il pense avoir bien agi. Le besoin de s'exprimer, de retranscrire les propos insultants (parfois très orduriers, racistes), de décrire les gestes, et même le regard de l'auteur de la violence valent tous les tableaux, graphiques et interprétations des chiffres de la « plateforme-signalement ONVS ». Les signalements détaillés semblent ainsi constituer une sorte d'exutoire face à cette incompréhension de la violence. Ils permettent en tout cas de percevoir l'ambiance violente telle qu'elle peut s'exprimer dans les établissements, et la manière dont elle est ressentie par ceux qui la subissent ou la constatent. Le signalement présente donc forcément un caractère subjectif, mais c'est bien ce ressenti qui témoigne de la souffrance. **C'est la raison pour laquelle l'ONVS insiste sur l'intérêt des formations pratiques à la gestion des agressions verbales et physiques pour tous les personnels de santé.**

■ **Les signalements effectués sur la « plateforme signalement ONVS » ne correspondent pas à un « État 4001 » des infractions** (état statistique annuel des délits et des crimes relevés par les services de police et de gendarmerie). Les signalements à l'ONVS sont certes classés en fonction de l'échelle des infractions du code pénal, à la fois pour traduire la réalité et le degré de gravité des atteintes aux personnes et aux biens commises en milieu de santé, et pour permettre d'appréhender le phénomène, ne serait-ce que sur le plan judiciaire (quelle réponse pénale la mieux adaptée ?). Toutefois, **les signalements ONVS ont une approche plus large du phénomène : intégration de certains faits contraventionnels et des impacts générés par les atteintes subies** (ressenti des personnes qui en ont été l'objet ; façon dont elles ont appréhendé l'acte en lui-même, action de soutien engagée, etc.).

En effet, la prévention et la lutte contre les violences et les incivilités ne sauraient se départir d'une approche dite « triangulaire » associant nécessairement l'amélioration de la qualité de la vie au travail et, par contre coup, l'amélioration de la qualité des soins dispensés. C'est bien par ce biais que l'ensemble des professionnels pourra s'approprier et participer pleinement à la prévention et à la lutte contre les violences de tout type tandis qu'elles ne font pas partie de leur cœur de métier.

APPROCHE EN 3 AXES
DITE « APPROCHE TRIANGULAIRE »

Violences ET incivilités. Dans la continuité du rapport 2017, l'ONVS insiste sur l'importance pour les établissements de s'engager dans la lutte contre les violences car la tolérance face à des violences, dont les causes sont parfois mal identifiées ou dues à des violences gratuites, est devenue très faible. C'est d'ailleurs à dessein que **l'ONVS recueille non seulement les atteintes aux personnes et aux biens les plus graves, mais également les incivilités qui pourraient être considérées comme mineures.** Tel n'est pourtant pas le cas : « *Parmi les types de violences répertoriés à l'ONVS se trouvent* ***les incivilités.*** *Elles sont une véritable nuisance sociale qui gangrène les règles élémentaires de la vie en société et, de façon insidieuse, portent gravement atteinte à la qualité de la vie au travail. Répétitives au point de devenir habituelles, ces incivilités peuvent générer chez ceux qui les subissent une accoutumance nocive, destructrice de leur personne et du sens et de l'intérêt de leur travail. L'exposition aux incivilités produit les mêmes effets délétères que la violence : stress chronique, mal-être, perte de confiance, démobilisation des équipes, dégradation de l'ambiance générale, dysfonctionnements, absentéisme. Par répercussion, elles portent également atteinte à la qualité des soins dispensés. Il est donc primordial de lutter contre cette sorte de harcèlement moral qui mérite la mobilisation de tous.* ***L'empathie naturelle des personnels de santé ne doit pas aboutir à accepter l'inacceptable.*** »[2]

> **✓ Remarque 2** **La question fondamentale pour le personnel de santé est de savoir quelle relation d'autorité (quel niveau de fermeté) il doit instaurer avec le patient et/ou l'accompagnant et sous quelle forme la mieux appropriée afin d'entretenir une relation équilibrée nécessaire à la dispensation des soins ?**
>
> **Les principes élémentaires de civisme et de vie en société ont besoin d'être remis à l'honneur dans les établissements de soins. Il est anormal que des personnels de santé soient insultés et maltraités** (v. ✓ Remarque 7, p. 30, sur l'impact des insultes ordurières et les menaces de mort). Diverses options existent : attitude ferme, recadrage verbal, médical, psychologique, lettre de mise en garde,[3] main courante, plainte aboutissant à une mesure alternative aux poursuites ou à une condamnation devant une juridiction pénale et au paiement de dommages-intérêts à la suite d'une constitution de partie civile.
>
> Les sept ordres professionnels de santé sont habilités à se constituer partie civile relativement aux faits portant un préjudice direct ou indirect à l'intérêt collectif de ces professions, y

[2] http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_onvs_-_prevention_atteintes_aux_personnes_et_aux_biens_2017-04-27.pdf
Guide ONVS, édition 2017, page 5.

Les incivilités sont d'autant plus déstabilisantes pour l'ensemble des personnels de santé qu'ils s'investissent pleinement sur un plan humain et professionnel dans leur métier, altruiste par nature. Le facteur humain dans ce type de profession se révèle particulièrement primordial pour un plein accomplissement de soi. Il détermine ainsi une vision positive de la mission du soignant, et par conséquent de la qualité de la vie au travail. S'il vient à être détérioré, notamment par des incivilités et de la violence, il provoque un profond mal être et va générer chez des soignants le besoin de quitter la profession. Il est intéressant de relever ce que rapporte la HAS sur le facteur humain et la vision positive du travail : « *Les multiples tensions qui traversent le contexte actuel nous invitent, pour ne pas répéter les erreurs de l'histoire, à se saisir de ces enjeux à bras le corps ; alors que le travail n'était abordé que par sa face sombre, celle de la souffrance, il fait aujourd'hui l'objet de réflexions nombreuses sur sa dimension positive. C'est une ouverture majeure pour se saisir de l'épaisseur humaine du travail, ce qu'aucun outillage de gestion réduit à l'impératif des seuls résultats chiffrés ne permet. La permanence de sa dimension humaine en termes d'accomplissement et de reconnaissance est une ressource puisque quoi qu'on fasse pour la réduire, comme dans le taylorisme par exemple, elle résiste au nom de la spécificité de l'être humain, toujours soucieux de donner du sens à ce qu'il fait : pas de bien-être sans bien faire.* »
Source : *Revue de littérature, Qualité de vie au travail et qualité des soins,* HAS, janvier 2016, p.11. Sur les relations avec le public, source de dégradation des conditions de travail, ibid p. 13.
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-02/revue_de_litterature_qualite_de_vie_au_travail.pdf

[3] Des directeurs d'établissements, par des moyens simples comme des lettres de mise en garde aux patients et aux familles, n'hésitent pas à rappeler le règlement intérieur, les principes élémentaires de politesse et de civisme ainsi que les dispositions du code pénal protégeant spécifiquement les professionnels de santé.

compris en cas de menaces ou de violences commises en raison de l'appartenance à l'une de ces professions (cf. circulaire du ministère de la justice, 24 sept. 2013, relative aux relations entre les parquets et les ordres des professions en lien avec la santé publique http://www.textes.justice.gouv.fr/art_pix/JUSD1323940C.pdf

Nouveau : des décisions de justice reproduites dans le rapport ONVS 2018. Le rapport ONVS 2017 (données 2015-2016) soulignait que : « *le premier filtre à la déclaration des "événements indésirables" est constitué par les personnels soignants des établissements, qu'ils aient une activité salariée ou libérale, et les personnels non soignants : la méconnaissance de la protection pénale dont ils bénéficient, la crainte de devoir entrer dans le processus judiciaire (très mal connu), la peur de représailles et l'impression de perdre du temps (quel intérêt de déclarer si ce n'est pas suivi d'action ?* » Il attirait également l'attention sur la nécessité « […] *qu'une juste information soit portée à leur connaissance sur le large spectre judiciaire dont dispose la justice pour rétablir les victimes dans leurs droits avec une graduation dans la sanction pénale adaptée au type d'infraction commis et à la personnalité de l'auteur (passage obligé pour faire cesser le sentiment d'injustice qui nuit à la qualité de la vie au travail et qui, par contre coup, porte atteinte à la qualité des soins dispensés).* »[4]

Afin de montrer tout l'intérêt d'un dépôt de plainte pour des faits juridiquement bien caractérisés, permettant des poursuites devant une juridiction pénale, et pour inciter les personnels à participer à leur niveau à la sécurisation de leur établissement, le rapport ONVS 2018 reproduit quelques exemples de décisions de justice rendues en 2017.[5]

Pour rappel : les violences commises en raison d'une pathologie sont identifiées. S'il s'agit de violences que l'on retrouve davantage en secteur de psychiatrie ou de gériatrie (elles demandent des mesures de prévention qui ressortissent plus au domaine de la prise en charge médicale qu'à la prévention situationnelle), il n'en demeure pas moins qu'elles sont, en Droit, des violences volontaires, même si le caractère intentionnel fait plus ou moins défaut chez l'auteur. Quoi qu'il en soit, l'impact sur la victime reste très fort et produit à court ou moyen terme les mêmes effets. (V. ✓ Remarque 4, p. 12)

Depuis avril 2017 un nouvel élément concernant les circonstances de violences et d'incivilités prend en compte **l'« Atteinte au principe de laïcité »** (exemples de signalements en page 68). Cette circonstance, qui concerne autant les professionnels en établissement qu'en ambulatoire, était portée de façon éparse et aléatoire à la connaissance de l'ONVS, les déclarants ne sachant pas toujours comment la caractériser. Afin de les aider en ce sens, la circulaire du 15 mars 2017 relative au respect du principe de laïcité dans la fonction publique et le *Guide de la laïcité et de la gestion du fait religieux dans les établissements publics de santé*[6], en ligne sur les pages de l'ONVS et sur la « plateforme signalement ONVS », apportent toutes les précisions pour identifier avec justesse cette circonstance, notamment à l'aide d'exemples qui ressortissent à la jurisprudence.

[4] Rapport ONVS 2017 (données 2015-2016) pp. 5 à 6.

[5] Par ailleurs, en application des directives de la circulaire ministérielle de novembre 2016 sur la sécurisation des établissements de santé, la fonction publique hospitalière, par l'instruction n° DGOS/RH4/DGCS/4B/2017/211 du 26 juin 2017 relative aux orientations retenues pour 2018 en matière de développement des compétences des personnels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, compte dans les cinq actions de formation nationale (AFN) celle sur le thème suivant : « Former les professionnels de santé en matière de vigilance, de prévention, de protection et de réaction dans le cadre de l'amélioration de la sécurité globale de l'établissement de santé (incivilités, actes malveillants, accidents majeurs, menace terroriste et attentats). » Le processus judiciaire (principe du dépôt de plainte, etc.) y est notamment abordé.

[6] Circulaire 15 mars 2017 - le fait religieux - Fonction publique
Guide laïcité et gestion du fait religieux dans les établissements publics de santé 2016.pdf

- **La partie concernant la réflexion sur la prévention des violences et des incivilités, la présentation des bonnes pratiques, les éléments techniques** (dont les « Fiches réflexes et Fiche points clés d'une politique de sécurité » ONVS/FHF/MACSF), **les bonnes pratiques des établissements ou encore de la réglementation** sont intégrés dans le Guide méthodologique de l'ONVS « *La prévention des atteintes aux personnes et aux biens en milieu de santé* ».[7]

[7] Une seconde édition revue et corrigée, en cours de préparation, sera mise en ligne sur les pages Internet du ministère des solidarités et de la santé dédiées à l'ONVS.
http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_onvs_-_prevention_atteintes_aux_personnes_et_aux_biens_2017-04-27.pdf

I. PRÉSENTATION DES DONNÉES 2017

L'observatoire national a été rendu destinataire de **22 048 signalements d'atteintes aux personnes et aux biens effectués par 446 établissements sanitaires et médico-sociaux.**

Le nombre de signalements est en hausse, avec un nombre d'établissements participant au dispositif plus important et de façon significative. L'ONVS déplore toutefois que d'autres établissements aient arrêté de déclarer.

Bien que toujours non chiffrés dans le cadre de statistiques, les risques engendrés par les atteintes aux personnes et aux biens en milieu de santé représentent un coût humain, économique et social évident. Il serait essentiel pour une meilleure prise en compte qu'un tel coût puisse un jour être évalué. Les motifs des arrêts de travail pourraient notamment servir de base à cette évaluation.

I.1 Les régions déclarantes

Ce tableau n'illustre pas la dangerosité des régions mais le nombre d'établissements ayant déclaré des signalements à l'ONVS.

Tableau 1. Présentation des signalements 2017 par région

Régions et outre-mer (ordre alphabétique)	Nombre d'établissements déclarants		Nombre de signalements	
	2016	2017	2016	2017
Auvergne-Rhône-Alpes	25	29	601	747
Bourgogne-Franche-Comté	16	19	1 117	1 318
Bretagne	20	25	1 266	2 080
Centre-Val-de-Loire	12	21	562	795
Corse	2	2	45	44
Grand-Est	47	57	1 560	1 593
Hauts-de-France	27	36	1 186	1 519
Île-de-France	56	66	4 302	5 682
Normandie	36	40	1 624	1 852
Nouvelle-Aquitaine	24	34	832	1 477
Occitanie	39	45	2 619	1 962
Pays-de-la-Loire	16	15	844	963
Provence-Alpes-Côte-D'azur	33	49	722	1 328
Guadeloupe	1	2	1	7
Guyane	2	1	105	124
Martinique	0	0	0	0
La Réunion	3	4	181	515
Mayotte	1	1	29	42
	360	**446**	**17 596**	**22 048**

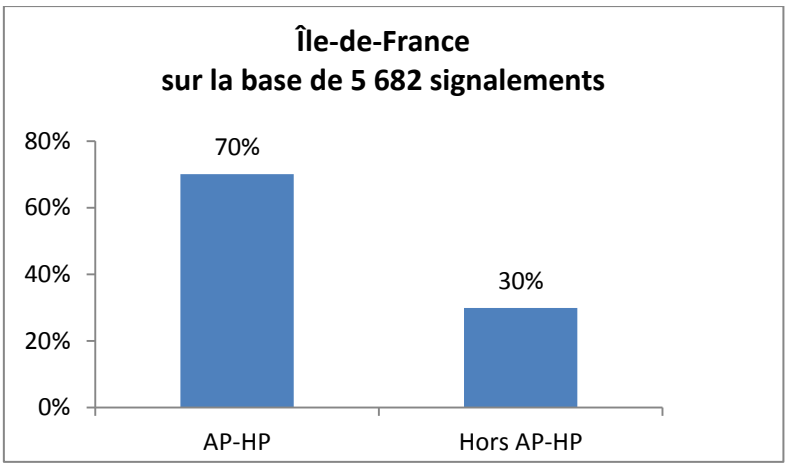
Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement
NB : les établissements de l'AP-HP et de l'AP-HM sont identifiés en entité « Établissement géographique »

Les visites sur site effectuées par l'ONVS permettent des échanges fructueux avec les établissements (direction et personnels) sur l'ensemble des problématiques de violences (prévention, lutte) et d'accompagnement des agents. Elles suscitent aussi souvent un engagement dans la déclaration des faits recensés en leur sein (déclarations qu'il appartient de maintenir par la suite), car les éclaircissements fournis sur l'intérêt des déclarations fait prendre conscience aux établissements de l'utilité de cette démarche, des avancées en la matière, de l'échange des bonnes pratiques d'autres établissements. Pour les établissements avec lesquels l'ONVS travaille déjà, on constate une hausse des déclarations traduisant une plus grande exhaustivité de la prise en compte du phénomène.

En Île-de-France, 66 établissements ont effectué 5 682 signalements, soit 25,77 % du total des signalements nationaux.[8]

Graphique 1. Signalements 2017 en Île-de-France

Le graphique ci-dessous montre le pourcentage de signalements pour les établissements de l'AP-HP et ceux des autres établissements de l'Île-de-France.



Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement

Concernant les autres régions, l'implication dans le dispositif est variable sans que l'on puisse tirer de conclusions générales. Il est sûr toutefois que le départ d'un personnel affecté à cette mission va parfois aboutir à un arrêt des déclarations des signalements sur la base ONVS.

D'un établissement à l'autre, les politiques en la matière diffèrent. Pour certains, la mise en place d'un outil informatique interne de recensement des déclarations et d'initiatives en matière de prévention des violences va de pair avec l'alimentation de la plateforme nationale. Pour d'autres, les actions se concentrent au niveau local.

Il reste que cet outil informatique ne présente un intérêt que si les établissements se lancent, premièrement, dans une véritable politique d'analyse objective des causes de violences et d'incivilités car, comme toute institution, l'institution hospitalière peut générer sa propre violence.

[8] Pour mémoire, depuis 2012, l'AP-HP, qui représente 35 établissements franciliens, déclare les signalements à l'ONVS.

Ces causes sont à rechercher dans :

- les facteurs humains : relations soignants, soignés/entourage ; soignants - hiérarchie,
- les facteurs institutionnels et organisationnels : organisation du travail, etc.,
- les facteurs architecturaux (aménagement et conception des locaux, accueil et gestion de la fluidité des patients),

puis, dans la recherche des meilleures solutions adaptées au contexte propre de l'établissement dont, notamment :

- les formations à la gestion des agressions verbales et des agressions physiques, mais aussi pour apprendre à mieux communiquer auprès des patients et des accompagnants,
- les diverses formes de soutien (hiérarchique, juridique, psychologique…) notamment dans les secteurs les plus sujets aux violences (quelles que soient leurs typologies),
- les formations d'acquisition des connaissances de certaines pathologies notamment en psychiatrie et en gériatrie et du contexte spécifique de ces spécialités,
- les contacts étroits et réguliers avec les partenaires institutionnels (police, gendarmerie, préfecture, parquet, mairie, etc.).

> ✓ **Remarque 3** **La fiche d'événement indésirable.** Certains établissements ont lancé une formation à destination de l'ensemble de leur personnel sur l'intérêt et la façon de remplir une fiche d'événement indésirable permettant en retour, avec un plus grand nombre de déclarations, une analyse approfondie des causes de violences. Comme cela pu être rapporté à l'ONVS, cette formation a entraîné une « *véritable "désacralisation" des événements indésirables ainsi qu'une prise de conscience en terme de gestion des risques et d'amélioration du quotidien* » permettant à la direction et à l'encadrement de fournir des réponses les plus adaptées et un soutien conséquent.

I.2 Les types d'établissements déclarants

- 325 des 924 établissements publics de santé (EPS) ont déclaré 20 250 signalements, soit 91,2 % des 22 048 signalements pour 35,2 % des EPS déclarants,

- 62 des 1 533 établissements de santé privés à but non lucratif (EBNL) ont déclaré 1 474 signalements, soit 6,7 % des 22 048 signalements pour 4 % des EBNL déclarants,

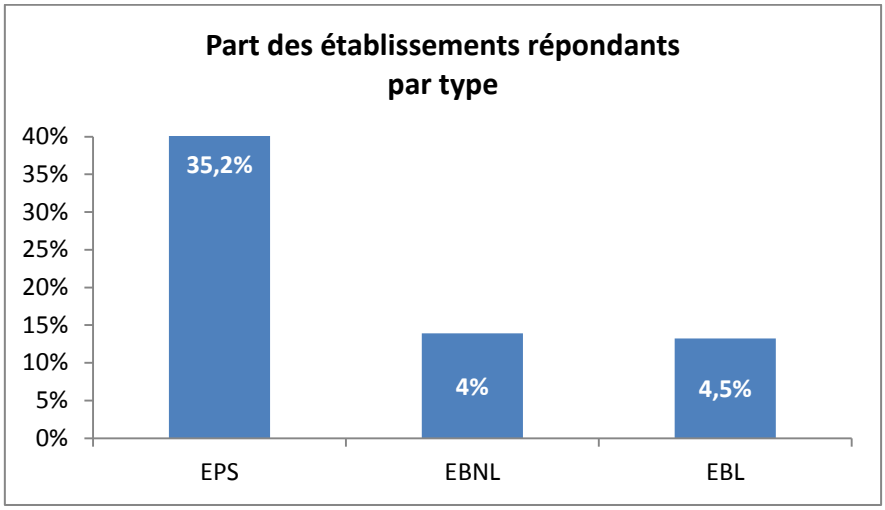
- 59 des 1 314 établissements de santé privés à but lucratif (EBL) ont déclaré 324 signalements, soit 1,5 % des 22 048 signalements pour 4,5 % des EBL déclarants.

L'ONVS constate que les EBL et les EBNL représentent un très faible pourcentage de déclarations,[9] alors pourtant qu'ils vivent les mêmes difficultés de violence et d'incivilité que les établissements publics, même si les proportions peuvent être parfois différentes.

Les établissements purement médico-sociaux déclarent très peu de signalements à l'ONVS. Ici encore, les quelques liens développés et visites techniques effectuées montrent que les violences sont autant présentes que dans les autres structures. Les violences semblent davantage du domaine des violences commises en raison d'une pathologie.

[9] La FHP-MCO (Fédération de l'hospitalisation privée) encourage les établissements à développer leurs liens avec l'ONVS.

Graphique 2. % d'établissements ayant eu recours à la plateforme ONVS, par type d'établissement



Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement

I.3 Les événements signalés

Les événements signalés sont classés en deux catégories :

- les atteintes aux personnes,
- les atteintes aux biens.

L'ONVS a recensé **23 551 atteintes aux personnes et aux biens** réparties ainsi :

18 996 atteintes aux personnes

4 555 atteintes aux biens

dont 1 503 signalements répertoriaient les deux types d'atteintes cumulativement, essentiellement des violences accompagnées de dégradations.

Pour chacune d'entre elles, une échelle de gravité est calquée sur la classification du code pénal en crime, délit, contravention. Les infractions, réunies par grandes familles, permettent de la sorte de prendre en compte l'ensemble des faits signalés à l'ONVS (voir annexes L'échelle de gravité des signalements de l'ONVS).

Dans la logique du système déclaratif mis en place lors de la création de cet observatoire, les établissements font remonter majoritairement des atteintes aux personnes. En effet, ce type d'atteintes est, pour des raisons évidentes, celui qui est le plus mal ressenti par les personnels et pour lequel, bon nombre d'entre eux est souvent le moins bien préparé. Par ce biais, les victimes désirent également alerter sur leurs conditions de travail et la dégradation des relations patients/soignants.[10]

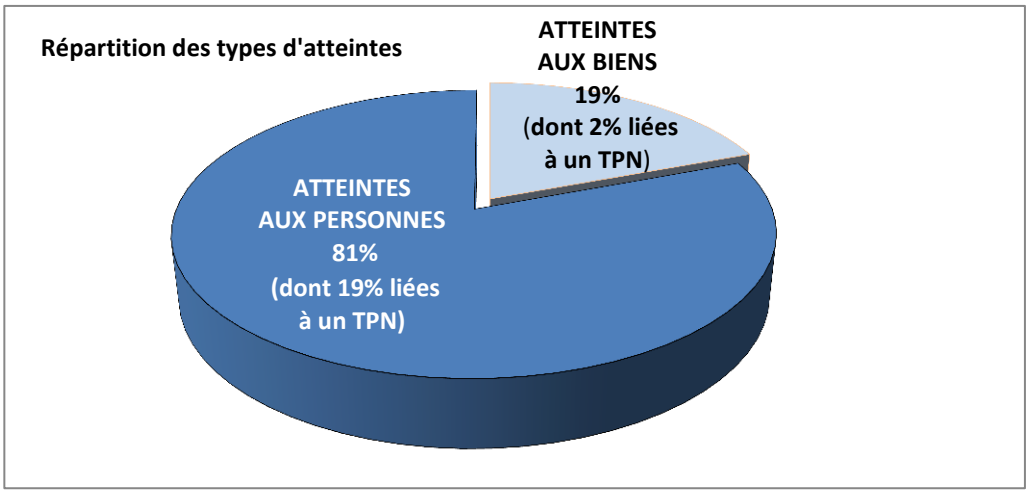
[10] Dans le *Panorama des établissements de santé,* Édition 2014, p. 19, Dossier : « Les conditions de travail dans les établissements de santé », la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) précise que « *Les tensions avec le public se sont accrues, mais le soutien social et la coopération se sont aussi développés* ». Selon cette étude, entre 2003 et 2013, « […] *la proportion de salariés ayant* des *rapports tendus avec le public (patients ou accompagnateurs par exemple) a augmenté, en particulier pour les professions les plus exposées : les agents d'entretien (19 % en 2003, 32 % en 2013), les aides-soignants (43 % en 2003, 56 % en 2013) et les infirmiers et sages-femmes (54 % en 2003, 66 % en 2013).* » L'étude montre également l'importance de l'entraide entre collègues qui reste « *un trait caractéristique fort de l'hôpital* » qui « *est d'ailleurs nettement plus élevée que dans les autres secteurs de l'économie* ». L'édition 2017 n'a pas repris cette thématique. Source : http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/panorama2014.pdf

L'ONVS permet aux établissements d'affiner leur déclaration en distinguant un fait dont la cause principale est directement liée à un trouble psychique ou neuropsychique (TPN) ayant aboli le discernement ou le contrôle des actes de l'auteur.

✓ **Remarque 4** **Les violences « médicalement » involontaires.** Avant 2015, une partie des violences volontaires (niveau 3) était signalée comme des violences involontaires (niveau 2). Or, s'il peut être estimé que certains actes sont « médicalement » involontaires parce que dus à des pathologies comme la maladie d'Alzheimer ou la schizophrénie, en droit pénal, il s'agit bien de violences volontaires. Ces violences doivent donc être déclarées comme telles. En revanche, il se pose la question de la responsabilité pénale de leurs auteurs (abolition ou non de tout ou partie du discernement) et surtout les mesures à envisager pour mieux prévenir les violences.

Il s'agit donc de prendre simplement en compte dans le signalement l'appréciation du déclarant et non une expertise médicale ou judiciaire diligentée pour la circonstance. Les données présentent ainsi une image plus fidèle de la réalité de la répartition des atteintes aux personnes en fonction de la gravité. Voir le tableau 2 de la page 14 qui donne le détail par type d'unité ou de structure des violences attribuées à un TPN.

Graphique 3. Répartition des signalements d'atteintes aux personnes et aux biens

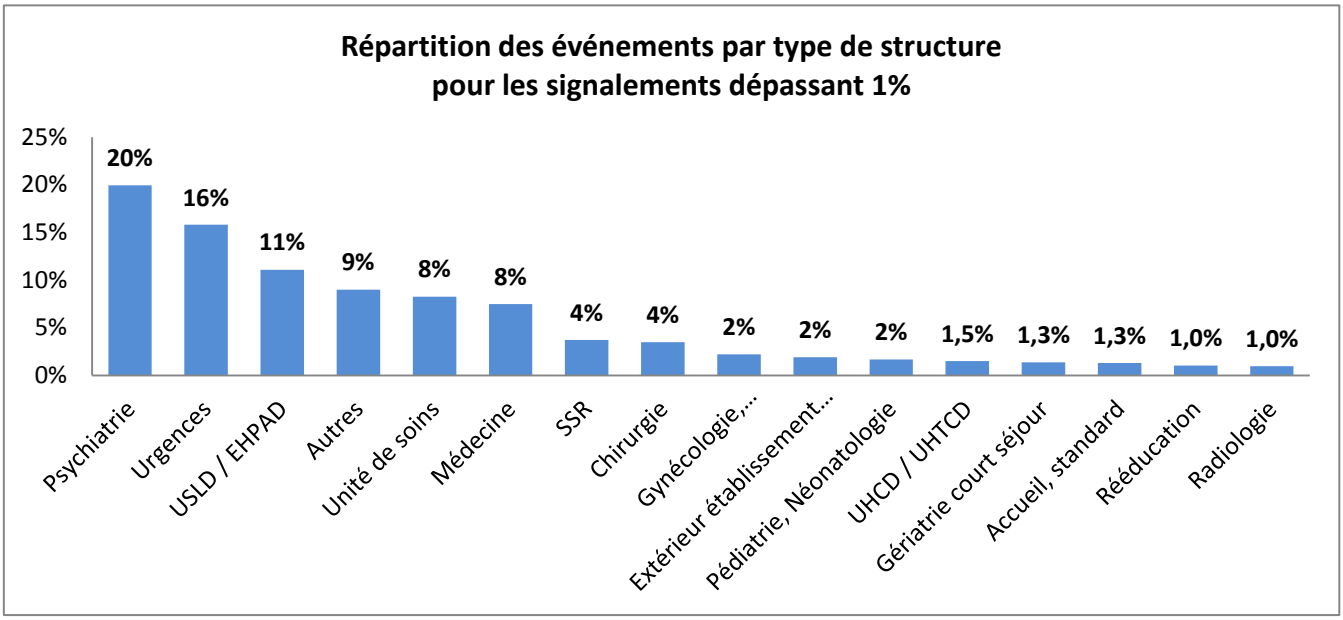


Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement
TPN : trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli le discernement ou le contrôle des actes de l'auteur

Ce graphique permet de comprendre que dans le cadre des atteintes aux personnes, très majoritairement déclarées (8 cas sur 10), 19% des atteintes sont liées à un TPN. Ce pourcentage n'est que de 2% pour ce qui concerne les atteintes aux biens.

Cette association entre un fait et son origine demande encore à être consolidée afin que les établissements s'approprient pleinement cette possibilité d'analyse.

Graphique 4. Répartition des événements par lieu ou par service



Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement

L'ONVS constate que si tous les services sont exposés à des phénomènes de violences et d'incivilités, cependant certains lieux et certaines activités sont plus touchés.

La psychiatrie est toujours le lieu qui génère le taux le plus important de signalements de violences et reste à 20% de la totalité des signalements déclarés.

Les Urgences progressent de 13% (en 2016) à 16%.

Les USLD/EPHAD, en ajoutant la Gériatrie court séjour, comme l'an passé, passent de 13% (en 2016) à 12%.

Autres (qui peut indiquer d'autres secteurs ou lieux divers dans l'établissement), Unité de soins et Médecine restent dans les 9% à 8%.

Les structures ayant moins de 1% de déclarations ne sont pas signalées dans ce graphique mais sont répertoriées dans l'ordre décroissant du nombre de signalements. Elles sont indiquées toutefois dans le tableau 2 de la page 14.

On compte ainsi 26 autres structures : réanimation, maison d'accueil spécialisée, hôpital de jour, UMD, vestiaires, polyhandicapés, bloc opératoire, centre médico-psychologique, addictologie, services techniques - sécurité, bureau du personnel, accueil Mère-Enfant, laboratoire, foyer d'enfance / adolescents pharmacie, SSIAD / domicile du patient, UHSA, centre de détention, UCSA, magasins, alcoologie, UHSI, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, unité médico-Judiciaire (UMJ), dépôt mortuaire, autres (non précisé).

Le tableau en page suivante donne le nombre de signalements pour la totalité des 42 unités ou lieux répertoriés et inclut également le pourcentage de signalements avec ou sans TPN. [11]

[11] TPN : la cause principale du fait déclaré est directement liée à un « trouble psychique ou neuropsychique » ayant aboli le discernement ou le contrôle des actes de l'auteur.

Tableau 2. Répartition des atteintes par service avec % TPN (trouble psychique ou neuropsychique)

	Total des faits signalés		Atteintes non liées à TPN		Atteintes liées à un TPN	
Type de lieu ou de service	**Nombre**	**%**	**Nombre**	**%**	**Nombre**	**%**
Psychiatrie	**4 401**	**20%**	**2 881**	**65%**	**1 520**	**35%**
Urgences	3 486	16%	3 329	95%	157	5%
USLD / EHPAD	**2 447**	**11%**	**1 447**	**59%**	**1 000**	**41%**
Autres	1 987	9%	1 747	88%	240	12%
Unité de soins	1 825	8%	1 350	74%	475	26%
Médecine	1 656	8%	1476	89%	180	11%
SSR	**824**	**4%**	**531**	**64%**	**293**	**36%**
Chirurgie	775	4%	740	95%	35	5%
Gynécologie, obstétrique, maternité	493	2%	484	98%	9	2%
Extérieur établissement (sous-sol, jardin, parking)	424	2%	411	97%	13	3%
Pédiatrie, Néonatologie	370	2%	342	92%	28	8%
UHCD / UHTCD	333	1,5%	288	86%	45	14%
Gériatrie court séjour	303	1%	235	78%	68	22%
Accueil, standard	293	1,3%	286	98%	7	2%
Rééducation	228	1,0%	186	82%	42	18%
Radiologie	216	1,0%	209	97%	7	3%
Ci-dessous type de lieu ou de service avec total des faits signalés < 1%						
Réanimation	192	0,9%	176	92%	16	8%
Maison d'Accueil Spécialisée	**183**	**0,8%**	**86**	**47%**	**97**	**53%**
Hôpital de jour	149	0,7%	115	77%	34	23%
UMD	**145**	**0,7%**	**78**	**54%**	**67**	**46%**
Vestiaires	130	0,6%	129	99%	1	1%
Polyhandicapés	**121**	**0,5%**	**67**	**55%**	**54**	**45%**
Bloc opératoire	115	0,5%	112	97%	3	3%
Centre Médico-Psychologique	115	0,5%	87	76%	28	24%
Addictologie	92	0,4%	88	96%	4	4%
Services techniques, sécurité	87	0,4%	85	98%	2	2%
Bureau du personnel	80	0,4%	78	98%	2	3%
Accueil Mère-Enfant	56	0,3%	55	98%	1	2%
Laboratoire	55	0,2%	55	100%		
Foyer d'enfance / Adolescents	**52**	**0,2%**	**23**	**44%**	**29**	**56%**
Pharmacie	52	0,2%	51	98%	1	2%
SSIAD / domicile du patient	48	0,2%	43	90%	5	10%
UHSA	**45**	**0,2%**	**24**	**53%**	**21**	**47%**
Centre de détention	34	0,2%	34	100%		
UCSA	25	0,1%	23	92%	2	8%
Magasins	24	0,1%	23	96%	1	4%
Alcoologie	16	0,07%	16	100%		
UHSI	11	0,05%	11	100%		
Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel	8	0%	6	75%	2	25%
Unité Médico-Judiciaire (UMJ)	8	0,04%	7	88%	1	13%
Dépôt mortuaire	6	0%	6	100%		
Non précisé	138	0,63%	121	88%	17	12%
Total	**22 048**	**100%**	**17 541**		**4 507**	

Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement

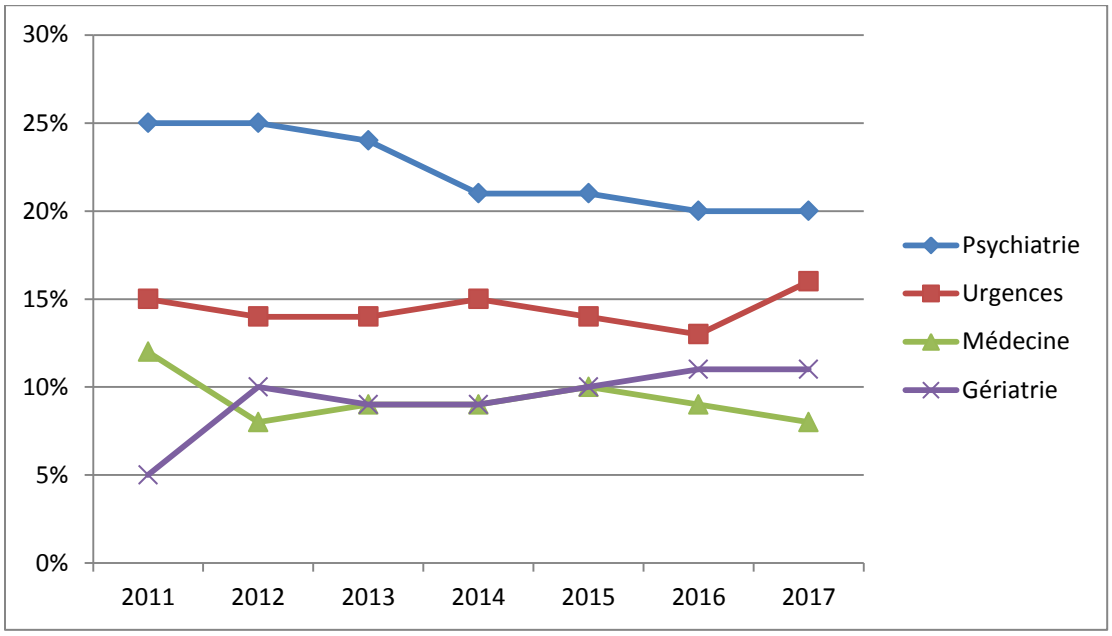
Le tableau 2 confirme la forte proportion des faits dus à une pathologie en secteur de psychiatrie et surtout de gériatrie ou les structures en lien direct avec ces services. Pour la psychiatrie, il s'agit très souvent de comportements liés à certaines maladies mentales comme la schizophrénie. Pour la gériatrie, il s'agit également de comportements directement liés à une maladie neurodégénérative comme la maladie d'Alzheimer.

C'est aussi ce que confirme la lecture des 26 autres types de lieu ou de service (< 1% Réanimation, maison d'accueil spécialisée, etc.) avec 5 d'entre eux qui dépassent les 40 %.

L'ONVS insiste donc sur l'importance de formations techniques pratiques à acquérir, propres au domaine de la santé, pour gérer et faire face aux agressions verbales et surtout aux violences physiques parfois très violentes et soudaines tant en USLD/EHPAD qu'en psychiatrie, ou pour protéger des patients qui subissent ces violences d'autres patients.

Ce caractère « *soudain* » qui déstabilise le soignant ou le patient qui va subir la violence est un élément régulièrement cité dans les signalements.

Graphique 5. Évolution annuelle en pourcentage de la part des signalements pour les services les plus impactés



Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement

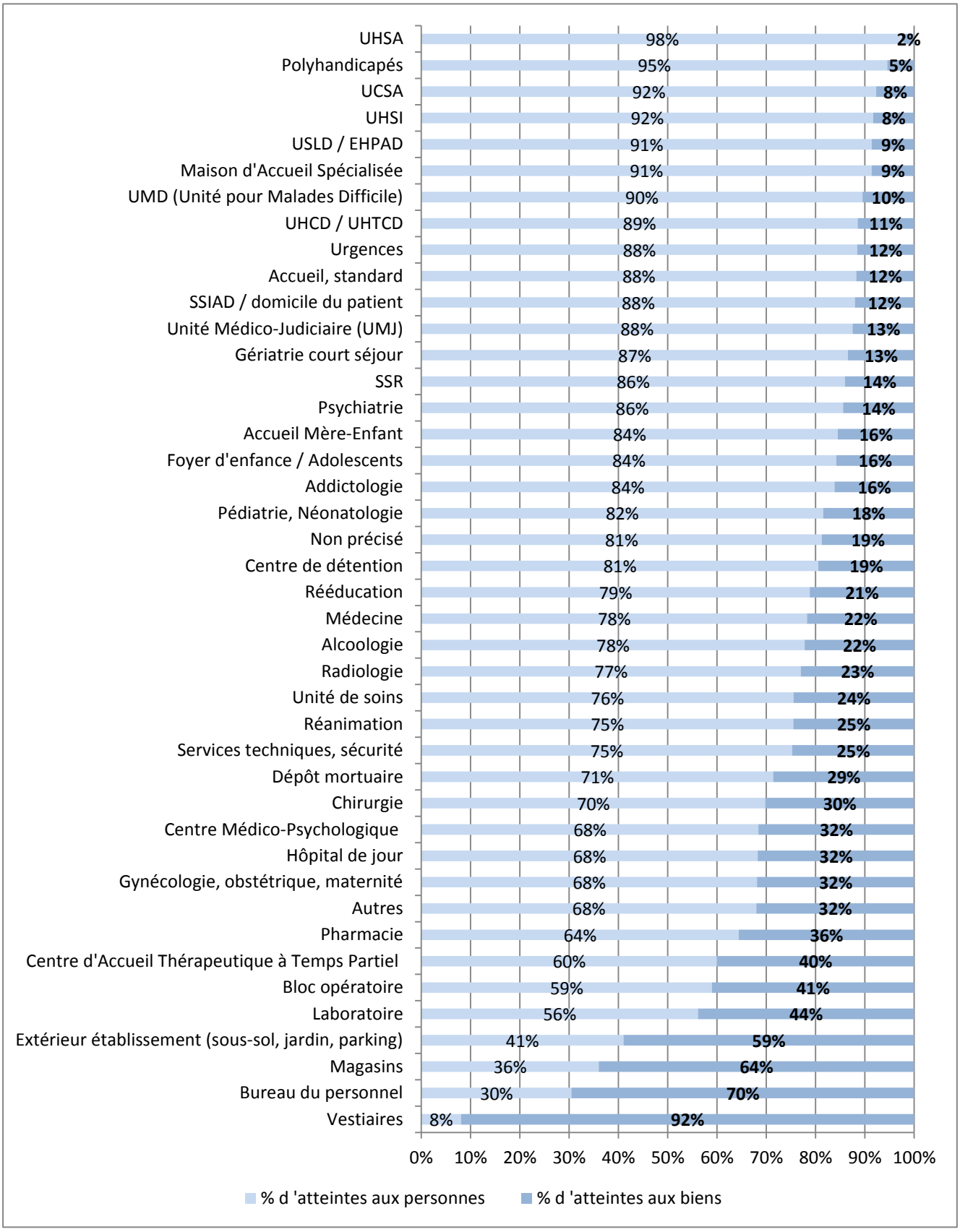
Si les statistiques nationales peuvent difficilement être comparées d'une année sur l'autre en raison du changement de la base de référence au gré du volontariat des établissements, tous les établissements qui signalent sur la plateforme signalement de l'ONVS sans discontinuité sont en mesure d'effectuer des statistiques comparatives précises et ainsi mesurer, service par service, mois par mois, les effets des mesures prises.

Tableau 3. Répartition des signalements (atteintes aux personnes et aux biens) par lieu ou unité

Type de lieu ou de service	Total des signalements *	Nombre d'atteintes aux personnes	Nombre d'atteintes aux biens
Psychiatrie	4401	4128	695
Urgences	3486	3323	434
USLD / EHPAD	2447	2343	220
Autres	1987	1420	669
Unité de soins	1825	1478	479
Médecine	1656	1352	375
SSR	824	741	121
Chirurgie	775	561	243
Gynécologie, obstétrique, maternité	493	357	167
Extérieur établissement (sous-sol, jardin, parking)	424	183	263
Pédiatrie, Néonatologie	370	331	75
UHCD / UHTCD	333	324	42
Gériatrie court séjour	303	284	44
Accueil, standard	293	271	36
Rééducation	228	186	50
Radiologie	216	174	52
Réanimation	192	154	50
Maison d'Accueil Spécialisée	183	180	17
Hôpital de jour	149	114	53
UMD (Unité pour Malades Difficile)	145	145	17
Non précisé	138	117	27
Vestiaires	130	11	125
Polyhandicapés	121	121	7
Centre Médico-Psychologique	115	91	42
Bloc opératoire	115	69	48
Addictologie	92	83	16
Services techniques, sécurité	87	70	23
Bureau du personnel	80	25	57
Accueil Mère-Enfant	56	49	9
Laboratoire	55	32	25
Pharmacie	52	38	21
Foyer d'enfance / Adolescents	52	48	9
SSIAD / domicile du patient	48	44	6
UHSA	45	44	1
Centre de détention	34	29	7
UCSA	25	24	2
Magasins	24	9	16
Alcoologie	16	14	4
UHSI	11	11	1
Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel	8	6	4
Unité Médico-Judiciaire (UMJ)	8	7	1
Dépôt mortuaire	6	5	2
Total général	**22 048**	**18 996**	**4 555**

Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement
** Un signalement peut comporter plusieurs types d'atteintes*

Graphique 6. Pourcentage des signalements (atteintes aux personnes et aux biens) par unité ou lieu



Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement

Du tableau 3 et du graphique 6 on peut retenir que les différents services et lieux ne sont pas touchés de la même manière par les atteintes aux personnes ou aux biens.

Certains services, en raison de leur patientèle, seront davantage concernés par des violences faites aux personnes (que ce soit à l'égard du personnel soignant ou entre patients). C'est le cas pour la psychiatrie, les urgences, la gériatrie, la médecine, les unités de soins, les services de soins de suite et de réadaptation, les services de soins aux patients détenus, les soins au domicile du patient. Des lieux où les tensions liées à des inquiétudes en rapport avec la maladie ou bien à des faits directement liés à une pathologie sont très présents. D'autres lieux seront plus touchés par une délinquance d'appropriation ou des dégradations (bureaux et vestiaires, parking, laboratoire, pharmacie). La rubrique « AUTRES », en 2e position concernant les atteintes aux biens, comporte notamment ce type de lieux : services sociaux, cuisines, boutiques, cafétérias, halls d'accueil, esplanades, salles d'attente, enceinte internat, locaux divers, etc.

Les incivilités et violences, essentiellement verbales, supportées par les agents d'accueil des établissements et au standard téléphonique, également au niveau de la caisse/admission engendrent de fortes souffrances pour ces personnels, considérés parfois comme « les souffres douleurs » de l'hôpital.

Trois signalements sont à cet égard révélateurs :

- « *Une personne très excitée s'est présentée au niveau de l'accueil de l'hôpital. Elle a été orientée aux urgences par l'agent d'accueil. La personne, qui ne nécessitait pas de soins, n'a pas été prise en charge par le SAU. À sa sortie du SAU, elle s'est représentée à l'accueil très mécontente. L'agent de l'accueil s'est réfugiée dans les toilettes du service. La personne est entrée à l'intérieur de l'accueil et a renversé le matériel qui se trouvait sur le comptoir de l'accueil puis est venu frapper de façon insistante à la porte des toilettes. Elle est finalement repartie et a été interpellée par les gendarmes, prévenus par le service des urgences, dans l'enceinte de l'établissement. L'agent du standard a été très choquée et a été mise en arrêt de travail pour une durée d'une semaine.* »

- « *Madame Y est arrivée, orientée par le Service de Psychiatrie pour enregistrement, énervée. De suite, elle m'a dit que ma tête ne lui "revenait" pas et qu'elle savait que ça se passerait mal. Son mari est venu en soutien me demandant mes papiers d'identité. Il m'a promis qu'il me retrouverait, que ce n'était pas fini. Sa femme voulait me jeter à la tête la décoration en pierre qui se trouve sur le bureau.* »

- « *M. X se présente avec une dame en fauteuil roulant au guichet renseignements. Elle me demande de faire la récupération de son argent, suite à un dépôt des urgences. Je contacte immédiatement la régie afin de savoir la marche à suivre. Au téléphone on me donne la consigne : suivant la procédure, la récupération du dépôt s'effectuera mercredi prochain à la trésorerie* [de telle ville]. *Je donne cette information à la dame qui me hurle littéralement dessus : VOUS ALLEZ ME RENDRE MON ARGENT TOUT DE SUITE ! Je lui réponds de se calmer qu'elle me doit le respect et qu'elle n'a pas besoin de hurler comme ça sinon je serais obligée de contacter la sécurité. Elle me répond toujours en hurlant RIEN À F…, APPELEZ LA SECURITÉ SI VOUS VOULEZ, JE SUIS DE* [telle communauté]. *JE SUIS EN FAUTEUIL ROULANT. JE SUIS REVENUE POUR ÇA. J'AI PAS PRIS MON TRAIN ALORS VOUS AVEZ INTÉRÊT À ME RENDRE MON ARGENT TOUT DE SUITE, SINON JE VOUS BRÛLE LE GUICHET ET TOUT L'HÔPITAL, ON EST NOMBREUX !!! Au vu des hurlements et de la violence verbale à mon égard ma collègue sort de son bureau afin d'intervenir. Mme Y contacte pendant ce temps notre cadre qui donne la consigne de rendre l'argent. Je redemande à la dame de baisser d'un ton, qu'elle se trouve dans un hôpital et que* [de telle communauté] *ou pas, ce n'est pas moi qui décide mais qu'elle me doit le respect. Ma collègue prend donc le relais. Je pars du guichet dans une autre pièce car son agressivité est insupportable. Elle parle fort en donnant des arguments de ce type : c'est parce que je ne suis pas* [de telles couleurs de peau] *ou autre... Ma collègue s'occupe de cette dame et du*

monsieur. Elle lui dit à mon propos sous forme de menace "vous direz à votre stagiaire que je suis de la famille Z, elle sait de quoi je parle et à qui elle a affaire comme ça !". »

I.4 Les atteintes aux personnes

18 996 atteintes aux personnes ont été recensées. Les violences faites aux personnes représentent un peu plus de 80% des signalements et se répartissent ainsi sur l'échelle des niveaux de gravité comme l'exprime le tableau ci-dessous.

Tableau 4. Nombre de signalements d'atteintes aux personnes par niveau de gravité

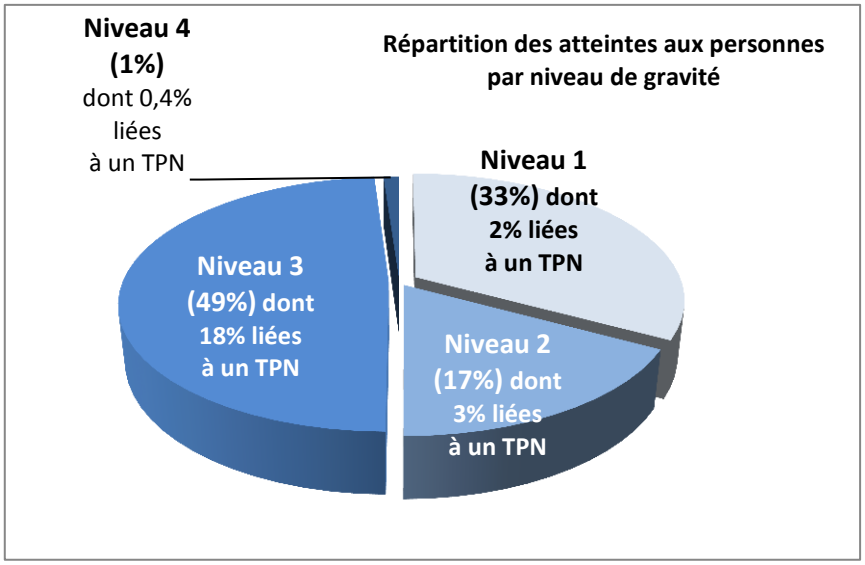
Échelle des niveaux de gravité	Nombre de signalements d'atteintes aux personnes	
1 (insultes, injures)	6 247	33%
2 (menaces d'atteinte à l'intégrité physique)	3 261	17%
3 (violences physiques)	9 273	49%
4 (violences avec arme, etc.)	215	1%
TOTAL	**18 996**	**100%**

Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement

La répartition sur l'échelle des niveaux de gravité est quasi identique d'une année sur l'autre. Le fait que les signalements aient été bien plus nombreux en 2017 montre également une augmentation proportionnelle des signalements dans chaque catégorie.

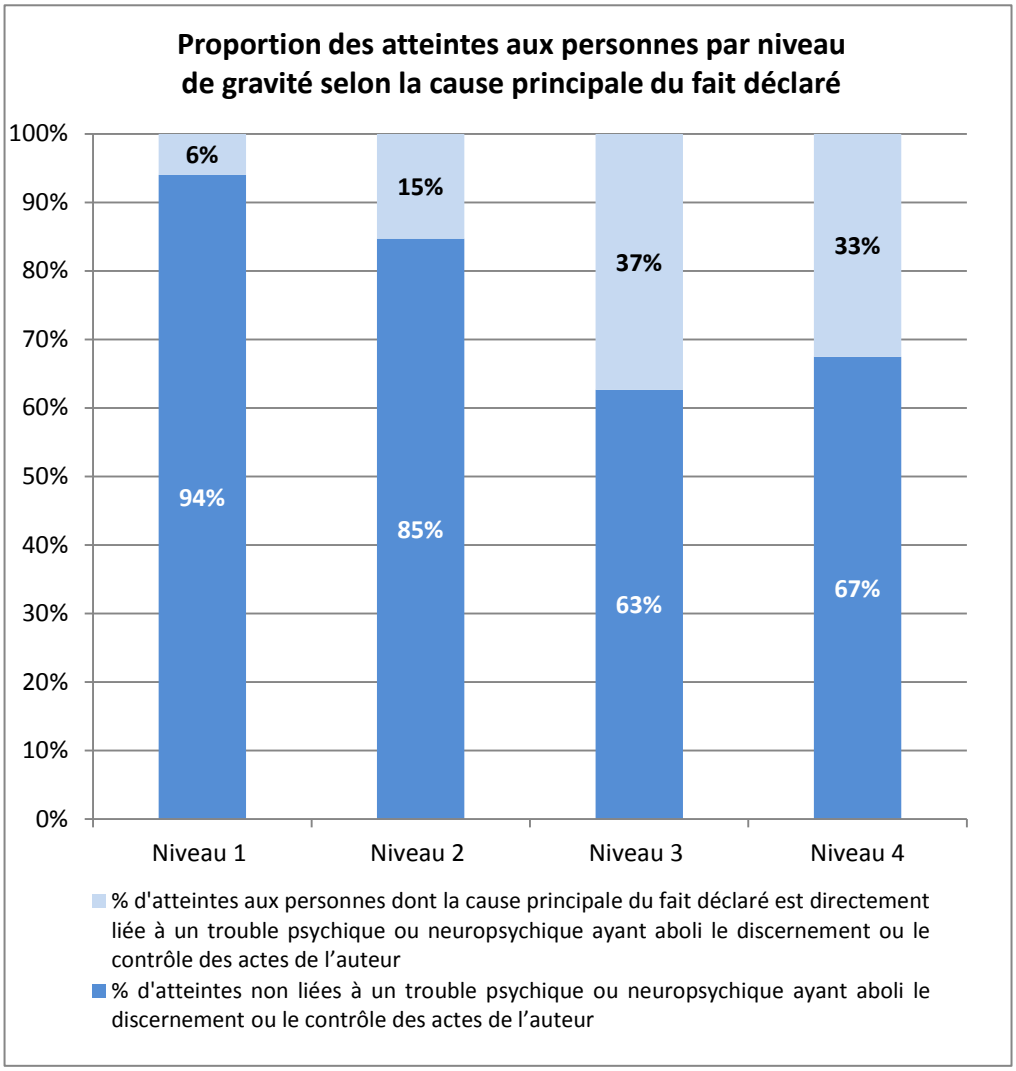
Le graphique ci-après inclut la part de TPN dans ces atteintes aux personnes.

Graphique 7. Pourcentage des atteintes aux personnes par niveau de gravité (1 à 4) avec TPN



Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement

Graphique 8. Proportion des atteintes aux personnes par niveau de gravité intégrant un trouble psychique ou neuropsychique (TPN)



Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement

Le graphique 8 montre les pourcentages de faits commis en raison d'une pathologie.

Pour rappel sur les « TPN », voir ✓ Remarque 4, p. 12.

Tableau 5. Typologie des signalements d'atteintes aux personnes (avec indication du TPN*) par niveau de gravité

Niveau de gravité	Type d'atteintes aux personnes	Total d'actes*	Répartition des atteintes	Atteintes liées à un TPN**
1	Injures, insultes et provocations sans menace	11 091	37%	5%
	Chahut, occupation des locaux	4 045	13%	2%
	Drogue / alcool	990	3%	0,2%
	Exhibition sexuelle	87	0,3%	0,1%
S/TOTAL NIVEAU 1		**16 213**	**54%**	**7,4%**
2	Menace physique	2 951	10%	2%
	Menaces de mort	1 126	4%	1%
	Violence involontaire	158	1%	0%
	Port d'arme	92	0,3%	0%
S/TOTAL NIVEAU 2		**4 327**	**14%**	**2,8%**
3	Violence volontaire	9 040	30%	11%
	Menaces avec arme	338	1%	0,3%
	Agression sexuelle	119	0,4%	0,1%
S/TOTAL NIVEAU 3		**9 497**	**31%**	**11,7%**
4	Violence avec arme	166	1%	0,2%
	Viol	23	0,1%	0,01%
	Autre fait qualifié de crime	17	0,1%	0,02%
	Séquestration	8	0,03%	0,01%
	Prise d'otage	4	0,01%	0%
S/TOTAL NIVEAU 4		**218**	**0,7%**	**0,2%**
TOTAL		**30 255***	**100%**	**22%**

Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement
** Total supérieur car plusieurs réponses possibles*
***TPN : Trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli le discernement ou le contrôle des actes de l'auteur*

Ce tableau présente la typologie des atteintes aux personnes par niveau de gravité. Les faits de niveau inférieur sont davantage représentés car ils accompagnent souvent des faits de gravité plus importante. Comme indiqué dans le tableau 4. (p. 19), les atteintes de niveau 3, pour le fait principal, restent majoritaires.

> ✓ **Remarque 5** **Une violence verbale prédominante** (**51,3% du total des atteintes aux personnes**). Les violences volontaires et faits des niveaux 3 et 4 répertoriés dans les tableaux 4 et 5 sont quasi généralement accompagnés d'insultes, d'injures et de provocations sans menace (niv. 1), de menaces physiques (niv. 2), de menaces de mort (niv. 2) et même de menaces avec arme (niv. 3). En additionnant ces types d'atteintes verbales répertoriées dans le tableau 4 on dénombre **15 506 faits** soit 51,3% de la totalité des atteintes aux personnes. Cela montre le niveau de tension et d'agressivité dans les établissements.
>
> **Sur l'impact des propos orduriers et des menaces de mort, v. ✓Remarque 7, p. 30.**

Le tableau ci-dessous répertorie les actes d'atteintes aux personnes par ordre décroissant, violences verbales et violences physiques confondues.

Tableau 6. Nombre et répartition des actes d'atteintes aux personnes par ordre décroissant

Niveau de gravité	Type d'actes d'atteintes aux personnes	Total d'actes*	Répartition
1	Injures, insultes et provocations sans menace	11 091	36,7%
3	Violence volontaire	9 040	29,9%
1	Chahut, occupation des locaux	4 045	13,4%
2	Menace physique	2 951	9,8%
2	Menaces de mort	1 126	3,7%
1	Drogue / alcool	990	3,3%
3	Menace avec arme	338	1%
4	Violence avec arme	166	0,5%
2	Violence involontaire	158	0,5%
3	Agression sexuelle	119	0,4%
1	Exhibition sexuelle	87	0,3%
2	Port d'arme	92	0,3%
4	Séquestration	17	0,06%
4	Viol	23	0,08%
4	Autre fait qualifié de crime	8	0,03%
4	Prise d'otage	4	0,01%
TOTAL		**30 255**	**100%**

Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement
**Total supérieur car plusieurs réponses possibles*

Il est repris de façon plus détaillée dans les deux tableaux 6 et 7 avec un graphique 10 (pourcentages). On peut faire les observations suivantes sur ces violences verbales et physiques.

Le nombre d'actes de violences verbales est répertorié par unité ou lieu dans le **tableau 7** (p. 24)
Le nombre d'actes de violences physiques est répertorié par unité ou lieu dans le **tableau 8** (p. 25)
Le pourcentage de ces violences par unité ou lieu est indiqué dans le **graphique 9** (p. 26)

- Les déclarations de violences verbales et physiques en psychiatrie et en gériatrie bien que différentes dans l'expression, sont souvent liées à la pathologie des patients.[12]. Parallèlement les établissements de psychiatrie accueillent un nombre croissant de personnes hospitalisées sans leur consentement, principalement des malades en crise. Si la majorité de ces malades ne sont pas dangereux, certains présentent un risque accru de violence. Les addictions à l'alcool et la toxicomanie majorent ce risque et rendent les rapports plus difficiles avec les professionnels. Dans ce contexte les établissements de santé mentale sont confrontés à des violences spécifiques.

- Les violences volontaires vont de celles à mains nues (bousculade, gifle, coups de poings et de pieds) à celles avec armes, plus rares. Ces violences volontaires sans arme sont les plus signalées

[12] Environ 80% des patients de psychiatrie sont suivis en ambulatoire Source : *Panorama des établissements de santé,* Édition 2017, DREES, p.88. http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/es2015.pdf

par les déclarants. Le nombre déclaré d'utilisation d'une arme est relativement faible comparé aux violences volontaires sans arme, mais les effets sont graves, d'autant que sous l'emprise de la colère, de la pathologie ou d'une autre cause, tout objet à portée de main ou, plus rare, fabriqué ou transformé volontairement à cette fin, peut devenir une arme.

> ✓ **Remarque 6** **On entend par armes celles par nature (arme à feu, arme blanche, gaz lacrymogène) mais aussi celles par destination qui sont plus fréquentes et parfois insolites comme celles relevées ci-dessous dans les signalements :**
>
> Assiette, balai, barre de fer, béquille, bouteille en verre, bris de verre, brosse à dent équipée d'une lame de rasoir, cafetière brûlante, canne de marche, casque de moto, ceinture de cuir, chaise, charriot de soignant, ceinturon, ciseaux, couverts en métal, crayon à papier, déambulateur, écran d'ordinateur, extincteur, fauteuil roulant, lame de rasoir, latte de lit, livre, marteau brise-vitre, massue en bois, panière, pichet en métal, pied à perfusion, pied de table, pierre, pistolet à bille, plateau-repas, plaque en fer, poignée de volet roulant, poubelle, sapin de Noël, stylo à bille, table, téléphone portable, tensiomètre, thermomètre tympanique, tringle à rideaux, tringle de penderie, vaisselle, véhicule, etc.
>
> C'est surtout en psychiatrie, dans une moindre mesure en gériatrie et aux urgences, que ces objets deviennent des armes. D'autres services ne sont pas épargnés.

- En ce qui concerne les infractions à caractère sexuel (agression, viol) qui sont signalées, celles-ci se déroulent principalement entre patients de sexe différent, voire de même sexe. Elles sont parfois le fait de personnes extérieures à l'établissement (famille, connaissance, rodeur notamment quand cette infraction est commise aux abords de l'établissement ou dans l'enceinte extérieure). En psychiatrie, elles sont aussi le fait de patients ou d'anciens patients qui se connaissent dans un cadre très conflictuel. En USLD/EPHAD, les personnels se doivent d'être vigilants également. L'abolition du discernement désinhibe certaines personnes âgées. En ce qui concerne les exhibitions, les personnels de santé en sont parfois victimes.

- Les prises d'otages signalées ont eu lieu en centre de détention avec du personnel soignant et en psychiatrie.

- En ce qui concerne les Autres faits qualifiés de crime, on notera ce signalement qui décrit un « *Passage à l'acte hétéro-agressif très violent avec menaces de mort et intention de donner la mort d'un patient dans le bureau infirmier. Dans un contexte de tension interne qui persiste depuis plusieurs heures avec insultes et contestation de l'hospitalisation, le patient a un moment de rage avec sthénicité extrême et se met à porter des coups à un infirmier. Une fois au sol, tentative d'homicide par strangulation avec menaces de mort répétées à plusieurs reprises envers l'infirmier. DATI déclenché immédiatement. Malgré l'intervention de 5 soignants du service qui tentent de maîtriser le patient, et de lui faire lâcher prise, ce dernier ne cède pas alors que l'infirmier suffoque. Au bout de longues minutes et d'une lutte acharnée nous réussissons à dégager le cou de notre collègue. Mais le patient continue de porter des coups aux soignants présents qui essaient de le maîtriser.* […] » (Psychiatrie)

Tableau 7. Répartition par unité ou lieu du nombre et du type d'actes de violences verbales

VIOLENCES VERBALES						
Unité ou lieu	injures, insultes et provocations sans menace	Menace physique	Chahut, occupation des locaux	Menaces de mort	Drogue Alcool	TOTAL VIOLENCES VERBALES
Urgences	2556	705	1194	301	589	**5345**
Psychiatrie	1611	664	576	330	107	**3288**
Unité de soins	912	214	327	106	28	**1587**
Autres	897	147	416	60	41	**1561**
USLD / EHPAD	945	277	272	29	19	**1542**
Médecine	960	188	247	57	21	**1473**
Chirurgie	438	65	118	23	11	**655**
SSR	390	110	100	10	18	**628**
Gynécologie, obstétrique, maternité	294	64	126	13	16	**513**
Pédiatrie, Néonatologie	249	53	116	29	13	**460**
UHCD / UHTCD	218	58	52	29	28	**385**
Accueil, standard	230	45	62	18	10	**365**
Gériatrie court séjour	139	26	59	6	3	**233**
Extérieur établissement (s/sol, jardin, parking)	101	35	56	14	18	**224**
Radiologie	149	16	34	5	7	**211**
Rééducation	125	27	22	5	4	**183**
Réanimation	98	21	38	12	4	**173**
Addictologie	66	22	26	10	20	**144**
Non précisé	77	19	28	6	4	**134**
CMP	64	20	18	18	6	**126**
Hôpital de jour	71	18	24	6	2	**121**
Maison d'Accueil Spécialisée (MAS)	61	42	16	1	0	**120**
UMD	57	16	28	13	0	**114**
Services techniques, sécurité	57	22	15	3	4	**101**
Accueil Mère-Enfant	41	12	19	2	4	**78**
Bloc opératoire	61	2	9	1	0	**73**
Pharmacie	31	7	3	0	2	**43**
SSIAD / domicile du patient	30	9	1	1	0	**41**
Centre de détention	22	7	3	5	0	**37**
UCSA	20	6	4	4	0	**34**
Laboratoire	25	4	5	0	0	**34**
Bureau du personnel	19	5	6	3	0	**33**
UHSA	16	6	6	1	1	**30**
Alcoologie	9	3	3	4	4	**23**
Foyer d'enfance / Adolescents	11	1	5	0	4	**21**
Polyhandicapés	7	8	0	0	0	**15**
Magasins	9	1	1	0	1	**12**
Vestiaires	5	0	4	1	0	**10**
UHSI	6	2	2	0	0	**10**
UMJ	6	2	0	0	1	**9**
Dépôt mortuaire	4	0	2	0	0	**6**
CATTP	4	2	2	0	0	**8**
TOTAL GÉNÉRAL	**11 091**	**2 951**	**4 045**	**1 126**	**990**	**20 203**

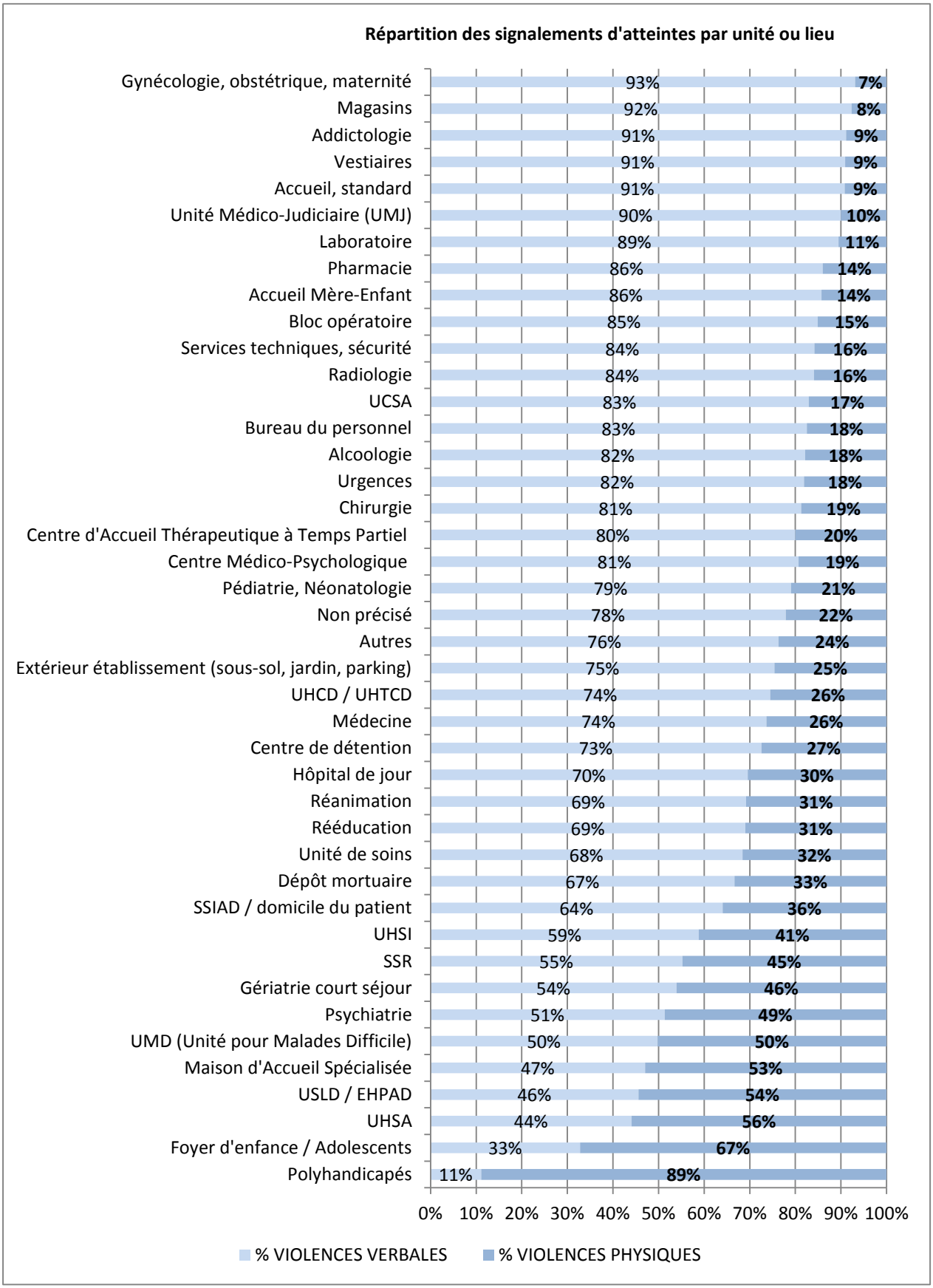
Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement

Tableau 8. Répartition par unité ou lieu du nombre et du type d'actes de violences physiques

VIOLENCES PHYSIQUES												
Unité ou lieu	Viol	Séquestration	Autre fait qualifié de crime	Prise d'otage	Violence volontaire	Exhibition sexuelle	Violence avec arme	Port d'arme	Menace avec arme	Violence involontaire	Agression sexuelle	TOTAL VIOLENCES PHYSIQUES
Psychiatrie	12	2	1	0	2828	18	59	32	92	32	37	**3113**
USLD / EHPAD	3	3	1	0	1713	15	18	6	42	20	19	**1840**
Urgences	0	0	1	1	1049	7	20	18	66	10	8	**1180**
Unité de soins	3	1	1	0	639	11	10	5	31	10	21	**732**
Médecine	1	0	0	1	463	7	11	4	18	14	8	**527**
SSR	0	2	1	0	466	2	12	2	10	4	10	**509**
Autres	1	1	1	1	420	6	12	5	19	12	7	**485**
Gériatrie court séj.	0	0	0	0	179	1	4	0	10	3	2	**199**
Chirurgie	0	0	0	0	126	4	5	4	10	0	2	**151**
MAS	0	0	0	0	125	0	0	0	3	7	0	**135**
UHCD / UHTCD	0	0	1	0	107	5	3	5	4	7	0	**132**
Pédiatrie, néonat.	0	2	0	0	107	2	1	1	8	1	0	**122**
Polyhandicapés	0	0	0	0	96	1	0	0	0	23	0	**120**
UMD	0	0	0	0	110	0	3	0	1	1	0	**115**
Rééducation	0	1	0	0	77	0	2	0	1	0	1	**82**
Réanimation	0	0	0	0	73	1	0	1	1	1	0	**77**
Extérieur établiss.	2	0	0	0	61	2	1	2	1	2	2	**73**
Hôpital de jour	0	0	0	0	45	1	0	0	4	3	0	**53**
Foyer d'enf. / Ado	0	0	0	0	40	0	0	0	1	2	0	**43**
Radiologie	0	0	0	0	38	0	2	0	0	0	0	**40**
Non précisé	0	0	0	0	37	0	1	0	0	0	0	**38**
Gynéco/obst/mater.	0	1	0	0	36	0	0	1	0	0	0	**38**
UHSA	0	0	0	0	36	1	0	0	0	0	1	**38**
Accueil, standard	0	0	0	0	34	0	0	0	3	0	0	**37**
CMP	0	0	0	0	28	0	0	2	2	0	0	**32**
SSIAD	0	1	0	0	13	0	1	1	4	3	0	**23**
Services tech, sécu.	0	0	0	0	18	0	0	0	0	1	0	**19**
Centre détention	0	2	0	1	8	0	1	1	1	0	0	**14**
Addictologie	1	0	0	0	10	0	0	1	1	0	1	**14**
Accueil Mère-Enf.	0	0	0	0	8	2	0	0	2	1	0	**13**
Bloc opératoire	0	0	1	0	10	1	0	0	0	1	0	**13**
UHSI	0	0	0	0	7	0	0	0	0	0	0	**7**
UCSA	0	0	0	0	5	0	0	1	1	0	0	**7**
Pharmacie	0	1	0	0	6	0	0	0	0	0	0	**7**
Bureau du perso.	0	0	0	0	6	0	0	0	1	0	0	**7**
Alcoologie	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	**5**
Laboratoire	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	**4**
Dépôt mortuaire	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	**3**
CATTP	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	**2**
Vestiaires	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	**1**
Magasins	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	**1**
UMJ	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	**1**
TOTAL GÉNÉRAL	**23**	**17**	**8**	**4**	**9 040**	**87**	**166**	**92**	**338**	**158**	**119**	**10 052**

Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement

Graphique 9. Répartition des signalements de violences verbales et de violences physiques par unité ou lieu *Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement*



Quelques observations générales à partir des tableaux 7 et 8 :

- Certains services sont le lieu d'expression principal des violences verbales avec une escalade pouvant déboucher sur des coups. Ces situations se retrouvent notamment dans les services où l'attente du patient est forte, chargée en émotion et en angoisse (pédiatrie, urgences) ou lorsque le patient estime que la prise en charge ne correspond pas à ses besoins. En effet, les conditions d'accueil (services ponctuellement ou régulièrement surchargés, longueur de l'attente sans communication et explications suffisantes envers les patients), le manque de personnel, parfois le manque de cohésion des équipes, voire d'autorité, ou encore l'aménagement architectural intérieur des lieux inadapté constituent des facteurs de tensions supplémentaires et sont aussi générateurs de violences.[13]

- La violence physique accompagnée de violences verbales semblent être parfois les seuls modes d'expression connus des patients et de leurs accompagnants. **Les médias s'en font régulièrement l'écho. Ces comportements asociaux sont imprévisibles, difficilement gérables et source d'angoisse pour l'ensemble des personnels,** comme le rapportent les signalements qui suivent :

- « *Plusieurs personnes dans une voiture se rendent aux urgences. 2 hommes et 1 femme vont dans les sanitaires des urgences. L'agent de sécurité demande aux 3 personnes d'en sortir. Insultes, menacent l'agent de sécurité et le SSIAP 2* [agent de sécurité incendie]. *2 autres individus les rejoignent et commencent à frapper à coups de ceinturons. Tentent ensuite de les renverser avec leur voiture et de forcer le passage vers les urgences.* » (Urgences)

Les urgences ne sont pas les seules unités concernées :

- « *Hier, patient dont la sortie pour un centre de rééducation respiratoire, organisée depuis 3 jours, est prévue ce jour, dit qu'il ne veut pas y aller car trop loin, dit qu'il rentrera chez lui à ce moment-là. Ce matin, refus catégorique et indique que s'il sort, il coupera l'IDE avec un couteau. À ces mots l'IDE quitte la chambre, le patient se lève violemment, poursuit l'IDE avec un couteau de table en lui hurlant dessus, et en ayant des gestes agressifs, un élève IDE s'interpose et tente de le calmer, le patient a attrapé violemment son bras, laissant une marque de ses doigts. Patient qui s'est plaint ensuite à la direction.* » (Unité de soins)

- « *Agression verbale de la compagne d'un patient envers une infirmière qui l'a menacé avec une arme blanche ainsi que sa collègue qui s'est interposée pour la protéger devant l'entrée du bloc opératoire.* » (Bloc opératoire)

- « *Patient hospitalisé entre juillet et novembre dans 4 services différents : urgences traumato, traumatologie, neurochirurgie, SSR. À chaque fois, a fait preuve de violence verbales (insultes, menaces de mort) et physique (projection d'objets lourds) entraînant notamment un arrêt de travail de 3 jours d'une infirmière. La récurrence et la gravité des faits ont conduit la direction à organiser une réunion de coordination afin d'avoir un recueil de faits plus complet ; à cette occasion, constat de pbs similaires à l'occasion d'hospitalisations antérieures. Courrier de mise en garde fait (si nouveau pb, orientation vers un autre établissement, tout en se réservant le droit de déposer plainte).* » (Chirurgie)

- « *L'auteur est le fils d'une patiente admise aux urgences, puis en réanimation médicale et en pneumologie. Alors que la patiente se trouve en pneumologie, son fils se présente à l'entrée de la réanimation médicale. Très excité il demande au cadre de santé de lui remettre les médicaments de sa mère. Le cadre lui demande de se calmer mais au lieu de cela l'individu le menace de vouloir tuer sa mère. Le cadre de santé se retourne pour consulter un texto qu'il vient de recevoir sur son téléphone. Au même moment il reçoit un violent coup au niveau de la nuque. Il se retourne et voit son*

[13] Le Guide ONVS : « *La prévention des atteintes aux personnes et aux biens* » détaille cette analyse (v. pp. 10 à 22). http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_onvs_-_prevention_atteintes_aux_personnes_et_aux_biens_2017-04-27.pdf

agresseur partir en courant. Il informe les agents de sécurité qui interceptent l'auteur avant qu'il ne quitte l'hôpital. […] *Le cadre de santé a une fracture de vertèbre et doit porter une minerve. Prescription d'un mi-temps thérapeutique pendant un mois. ITT de 8 jours.* » (Réanimation).

- La consommation d'alcool et de produits stupéfiants (ajoutée à la prise de médicaments) facilite aussi le passage à l'acte et parfois de façon très violente, tant de la part de patients que de membres de la famille ou de personnes n'ayant rien à faire dans l'établissement.[14]

- « *IDE déclare : "Menaces verbales, et physiques (lame de rasoir) de la part du patient X + risque délabrement locaux (coups de pieds et poings dans les portes et murs). Resp. service social assurant le secrétariat ce jour-là appelle le PC sécurité à ma demande, intervention immédiate de l'agent de sécurité qui vient avec moi dans le box IDE afin d'essayer de canaliser le patient, c'est alors que X me menace avec son rasoir. Il avait été indiqué précédemment que X était interdit au service de la PASS, nous avons réussi à l'orienter ce jour-là au SMU afin qu'il obtienne la délivrance de son ordonnance. Ce jour de consultation, la salle d'attente était pleine, Resp. service social a dû mettre à l'abri une famille dans le bureau médical donc mise en danger des autres patients et du personnel de la PASS".* » (Autres)

- « *La patiente installée en box s'est saisie de la paire de ciseaux qui se trouvait dans la poche de la blouse de l'IDE et a planté la pointe des ciseaux dans la poitrine au niveau du sein. Elle a proféré des menaces de mort à l'encontre de l'équipe soignante.* » (Urgences)

- « *Patient alcoolisé, déambule dans les Urgences et l'UHCD, essaye d'ouvrir les portes des offices pour prendre de la nourriture, menace de mort le personnel, insultes, tape dans les murs à coup de pied.* » (UHCD/UHTCD)

- « *Prise en soins au déchoquage d'un patient de 36 ans, ayant consommé du cannabis et de la desperados, très agité, menaces de mort, insulte l'équipe, a essayé de cracher et de frapper à plusieurs reprises l'équipe soignante médicale et paramédicale.* » (Urgences)

- « *Présence récurrente de rôdeurs nocturnes, en majorité des SDF, qui tentent de s'introduire dans les bureaux médicaux, bureaux de consultation d'anesthésie, chambre de garde d'anesthésie, dorment sur les lits et brancards stockés dans ces couloirs. Idem au niveau 0 où les internes d'anesthésie ont leur bureau. Idem à l'internat où ils viennent se restaurer. À noter souvent un état d'alcoolisation aiguë, de l'agressivité à l'égard du personnel a déjà été rapportée (agression verbale d'internes dans le bâtiment 5, notion de dégainage d'arme blanche à l'internat...). Les personnels de garde, notamment les internes féminines sont effrayées par cette présence nocturne. L'hygiène catastrophique est source de contamination des patients par voie du personnel et visiteurs dont ils squattent fauteuils/brancards/lits/sanitaires... notamment en parasites (poux, puces, gale, etc.).* »

- « *Arrivé du frère du patient dans le service vers 15h. Très énervé et mécontent de la prise en charge : patient semble souillé (chocolat sur le drap de contention) et contentionné au fauteuil. N'écoute pas les explications et dit qu'il reprendra son frère avec lui. Le ton est monté avec suite de menaces. Haleine sentant fortement l'alcool. Devenue de plus en plus agressif en proférant des menaces "je vais te retrouver".* » (Médecine)

- « *Une personne connue des services de soins mais non hospitalisée se trouvait en compagnie d'une patiente vulnérable dans le hall d'accueil du bâtiment. Elles fumaient du cannabis. La visiteuse était très agressive verbalement. L'agent de sécurité lui a demandé de sortir. Elle l'a alors menacé verbalement puis s'est jetée sur lui en lui assenant des coups de poing au visage.* » (Psychiatrie)

[14] Des décisions de justice rapportées dans le présent rapport évoquent toute la difficulté de gérer ces personnes agissant sous l'emprise de l'alcool et de stupéfiants.

- À propos des violences signalées lors des soins infirmiers à domicile ou d'une HAD, l'ONVS constate des situations complexes et parfois très difficiles à gérer, avec une anxiété d'autant plus forte chez les soignants qu'ils sont dans un contexte isolé. La famille ou l'entourage présent dans le domicile ne facilite pas toujours la sérénité des relations. Ces signalements sont peu nombreux.

Cela peut aller de problèmes annexes à une situation de soins, comme la fois où cette télécommande de lit médicalisé n'a pas fonctionné : « *Je suis arrivée chez le patient pour aider ma collègue. Celle-ci nous a contactés en étant très angoissée. M. X n'arrêtait pas de hurler après elle en lui disant des injures car elle n'arrivait pas à rebrancher le câble de la télécommande sous son lit. Après plusieurs tentatives, nous n'avons pas réussi car les fiches du câble étaient abîmées. Il ne voulait rien savoir et continuait à nous insulter. D'énervement il a jeté son portable violemment sur ma collègue. Nous avons contacté le technicien qui nous a dit que celui-ci allait se déplacer dans l'après-midi.* »

En passant par la famille ou l'entourage qui fait pression : « *Ambiance délétère due au comportement du mari de la personne prise en charge. Situation répétitive, agressions verbales récurrentes. Répercussion sur la prise en charge de Mme. Époux déjà vu à plusieurs reprises par IDEC. La cadre de santé s'est déjà déplacée à domicile, mais obligation de passage par nécessité pour la patiente, situation sociale précaire.* »

- « *Le mari d'une patiente est entré dans une colère noire, limite agressif physiquement avec insultes : "vous êtes toutes pareilles que des saloperies" car je n'avais pas pu lui délivrer du "SKENAN". (Il avait une réserve de 3 jours au domicile, le mardi car livraison se fait le jeudi).* »

Pour des difficultés dues à des maladies psychiatriques : « *L'événement s'est produit lors d'une visite à domicile prévue ce jour. Après l'évènement, l'éducatrice apprend que la sœur du jeune est au lit et dort encore. Le jeune attend l'éducatrice avec un couteau à la main. À la vue de la professionnelle, il se précipite sous un bureau et demande qu'elle rentre dans la maison. Il lui dit que les voix veulent qu'il la tue et qu'il se suicide après. Après réassurance +++ de la part de l'éducatrice envers le jeune, il finit par faire glisser le couteau, mais continue à dire que les voix veulent qu'il étrangle l'éducatrice. Pendant tout l'échange, (un bon quart d'heure) il ne voulait pas que la professionnelle l'approche, voulant la protéger et ne voulant pas faire ce que les voix lui exigent. Il verbalise qu'il aime bien sa référente. La communication est restée possible tout au long de l'évènement. Il finit par se lever et dire qu'il va mieux. Grâce à la relation établie au préalable avec lui, l'éducatrice a pu mettre en place un dialogue sur fond de confiance. Le projet initial étant une sortie en tramway et déjeuner dans un fast-food, il ne veut absolument pas que le projet se fasse. Après de longues négociations, il a pu au moins aller déjeuner. Tout au long de cette situation, l'éducatrice échange par contact téléphonique à sa hiérarchie. Sa famille est prévenue.* »

- À propos des violences commises contre les personnels des SMUR lors d'interventions extérieures, l'ONVS a reçu encore moins de signalements que pour les SSIAD et HAD. Les violences recensées ont eu lieu surtout à domicile. : « *Suite à un appel des sapeurs-pompiers, le SAMU* [de tel département] *se déplace vers le domicile d'un particulier où un enfant est en arrêt cardiaque. Arrivés sur place, l'équipage s'aperçoit qu'il s'agit d'un canular. Plainte déposée.* »

- « *Sortie SMUR au domicile patient. Appel pour coma chez un patient. Au moment de l'intubation patient se lève et agresse verbalement, tente des coups. Appel de la gendarmerie. Patient contentionné et amené au commissariat. Équipe porte plainte. Frustration car elle ne sait pas si il y a eu une suite pénale. Ne comprend toujours pas la réaction du patient car pas connu des services psychiatriques.* »

- « *VRM* [véhicule radio médicalisé] *"caillassé" lors d'une sortie SMUR de nuit.* »

- L'agressivité verbale (comportements injurieux et incivisme), tant par les patients que par les accompagnants, est un moyen utilisé parfois pour faire pression afin d'obtenir satisfaction ou de se plaindre d'une erreur du personnel. Elle se manifeste notamment par une prise à partie publique des personnels avec pour objectif d'effrayer les autres patients et personnes présentes. Les menaces de dépôt de plainte sont courantes. Le cas suivant évoque une famille qui veut faire passer au bloc opératoire un de ses membres avant les autres patients tandis que les passages ont été programmés.

- *« Hépato gastro : Malade hospitalisé devait être pris en charge au bloc opératoire des urgences le 12 janvier en fin de programme. La famille se montrait impatiente du passage au bloc jugé selon eux "urgent". Vers 17h30, éclats de voix dans l'unité. J'interviens et reçois 2 représentants de la communauté pour comprendre ce qui ne va pas. Exigent que je leur communique une heure de passage au bloc. Appel du bloc. Équipe de garde en cours d'intervention ; pas de possibilité de connaître l'heure précise. Au départ famille apaisée par mes appels mais devant l'absence de renseignements, quelques membres de la communauté s'énervent à nouveau. Veulent que j'organise le transfert sur un autre établissement puisque je suis "responsable" et "docteur". J'explique que je ne suis pas docteur mais que je vais tenter d'en joindre un. Pendant ce temps, cris dans le couloir, menaces verbales de tout casser, de casser les portes, d'entrer dans les chambres de malades. Propos racistes et désobligeants envers l'interne. IDE traité de "vétérinaire". Autres patients présents dans l'unité et familles inquiets à cause des cris, du nombre de visiteurs et des allées et venues incessantes. Médecin dérangé pendant sa participation à une RCP* [réunion de concertation pluridisciplinaire] *est monté. Communication difficile puisque un interlocuteur écoute mais tous les autres continuent de crier. Propos accusateurs envers le service et le médecin qui n'aurait pas réagi assez vite. Le médecin explique que tout a été fait en temps et en heure. Le médecin demande à rencontrer la personne de confiance. Au départ cette personne est absente mais finit par arriver. Le médecin lui accorde un entretien dans son bureau. Restée moi-même avec la communauté, les cris reprennent, la situation reste très tendue. Vers 19h15, le patient est descendu au bloc des urgences. Administrateur de garde prévenu de la situation et PC de sécurité averti au cas où le retour du bloc mettrait l'équipe de jour ou de nuit en danger. Retour de bloc en soirée. Le malade va mieux ; la situation est stabilisée. Tentative d'apaisement de la situation par appel du bloc ; appel d'un médecin ; personne de confiance reçue par médecin responsable du patient. Transfert au bloc dès que possible. Administrateur de garde et PC de sécurité avertis pour sécurisation de l'espace de travail et le confort des autres malades hospitalisés.* » (Médecine)

> **✓ Remarque 7 L'impact des propos orduriers et des menaces de mort sur les personnes qui en sont victimes**. Les signalements mentionnent régulièrement ce type de propos, expression de la colère, voire de la haine, dépassant parfois l'entendement.
>
> Que les motifs de reproches soient objectifs ou non (mais là n'est pas la question), ces propos proviennent parfois de personnes qui ne sont pas dans un état normal (altération du discernement, effets de médicaments, de stupéfiants, et/ou de l'alcool, très fortes douleurs physiques agissant sur l'état mental, etc.). D'autres fois, ils proviennent d'une réaction froide et réfléchie de personnes maîtresses d'elles-mêmes qui réagissent à une « frustration » par ce type de propos, quelle qu'en soit la cause. (Sur la « frustration » v. ✓ Remarque 8 p. 38).
>
> L'impact psychologique sur les victimes est destructeur au plus haut point. Il a même des répercussions sur la performance des équipes médicales.[15] C'est donc à dessein que les

[15] **L'impact des propos insultants sur la performance des équipes médicales.** L'ONVS rappelle qu'une équipe de chercheurs américains et israéliens a publié en août 2015 dans la revue *Pediatrics* une étude qui conclut que ce type de comportement n'est pas sans conséquence sur la qualité des soins. Les auteurs expliquent que leur *« objectif était d'explorer l'impact des comportements grossiers sur la performance des équipes médicales »*. Les résultats montrent que le temps nécessaire à l'établissement du diagnostic et la rapidité de mise en place du traitement approprié ont été particulièrement affectés par

personnels les rapportent *in extenso* dans certains signalements. Ils ont besoin de l'exprimer pour diverses raisons, dont le fait d'alerter leur direction (entendue au sens large). Ces propos orduriers et menaçants dégradent les conditions de travail. C'est ce qui ressort du signalement d'un personnel : « *De plus en plus fréquemment, je suis agressée pour un rendez-vous pas suffisamment rapide ou autre, mais jamais à ce stade-là.* » On retiendra cet autre signalement : « *La personne a été frappée des regards de haine à son encontre et a ressenti une très forte humiliation.* » (Médecine)

En marge des insultes ordurières qui accompagnent ces propos, plusieurs expressions de menaces de mort reviennent très fréquemment comme : « *Je vais te faire la peau* », « *je vais te crever* », « *je vais te saigner* », « *Je vais te démonter la g…* », « *je te retrouverai, tu vas voir ce qui va t'arriver* », « *tu vas souffrir, tu vas payer* », « *ferme ta g…, je vais t'égorger* », « *je vais vous retrouver et vous buter* », « *menace d'un patient de tuer et de violer une aide-soignante* », « *je vais te défoncer* », « *j'ai fait la guerre j'en ai buté des comme vous* ». Parfois ce sont des menaces sur les familles des personnels et aussi sur les biens : « *je t'égorgerai et te tuerai toi et ta famille, je viendrai mettre une bombe ici* », « *Je vais cramer ta voiture* ».

L'outrage pour les propos orduriers est constitué lorsqu'il s'adresse à une personne chargée d'une mission de service public dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de sa mission, et de nature à porter atteinte à sa dignité ou au respect dû à la fonction dont elle est investie (art. 433-5 du code pénal). Il en va de même pour la menace de commettre un crime ou un délit contre les personnes (en l'occurrence des menaces des mort) ou les biens proférée à l'encontre d'un professionnel de santé, dans l'exercice de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur (art 433-3 al. 2 du code pénal). Voir *in fine* le chapitre sur les décisions de justice.

L'ONVS confirme, comme cela a été évoqué dans le rapport 2017, **qu'en pédo-psychiatrie des professionnels de santé font état d'un vocabulaire ordurier et morbide de la part de certains jeunes enfants,** créant de fait un profond malaise et un véritable choc psychologique pour ces professionnels. Au sein de leur famille, il s'avère qu'un manque d'autorité et de cadre est à la base de ces violences verbales. Quand l'enfant retourne chez lui, le travail des professionnels pour lui redonner un cadre et une structuration est détruit et doit être repris quand il revient dans l'établissement.

I.5 Les atteintes aux biens

4 555 signalements d'atteintes aux biens ont été déclarés à l'ONVS. L'augmentation de signalements d'atteintes aux biens est moins sensible que celle des atteintes aux personnes. Le niveau 1 (dégradations légères, vols sans effraction) domine largement comme tous les ans sur les niveaux 2 (vols avec effraction) et 3 (dégradation de matériel de valeur, incendie, vols à main armée ou en réunion).

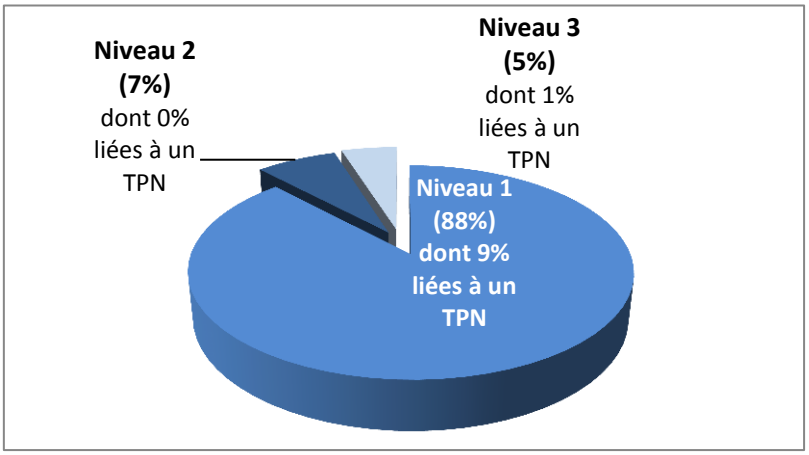
4 008 signalements de niveau 1
324 signalements de niveau 2
223 signalements de niveau 3

Concernant les faits dus à une pathologie, ils sont majoritairement d'une faible gravité (niveau 1). Il s'agit, la plupart du temps de dégradations légères. Les faits les plus graves sont davantage commis en secteur de psychiatrie (dégradations par incendie par exemple).

---

les remarques désobligeantes. Source : http://www.techopital.com/les-remarques-desobligeantes-envers-le-corps-medical-ont-un-impact-sur-la-prise-en-charge-des-patients-NS_1706.html?search=impact%20des%20comportements%20grossiers

Graphique 10. Répartition des signalements d'atteintes aux biens selon la gravité



Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement

Tableau 9. Typologie des signalements d'atteintes aux biens

Niveau de gravité	Type d'atteintes aux biens	sur la base de 4 555 signalements		
		Total d'actes*	Répartition des atteintes	Atteintes liées à un TPN**
1	Vol sans effraction	2 121	43%	1%
	Dégradation légère	1 358	28%	6%
	Dégradation de locaux	638	13%	2,5%
	Dégradation de véhicule	220	5%	0,1%
	Tags, graffitis	56	1%	0%
S/TOTAL NIVEAU 1		**4 393**	**90%**	**9,9%**
2	Vol avec effraction	263	5%	0%
S/TOTAL NIVEAU 2		**263**	**5%**	0,1%
3	Dégradation de matériel	138	3%	0,4%
	Incendie volontaire	86	2%	0,1%
	Vol à main armée	4	0,1%	0%
S/TOTAL NIVEAU 3		**228**	**5%**	**1%**
TOTAL		**4 884***	**100%**	**11%**

Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement
**Total supérieur car plusieurs réponses possibles*
*** Répartition des atteintes aux personnes selon la cause principale du fait déclaré*

Pour le niveau 1 :

Les vols sans effraction déclarés sont moins importants qu'en 2016 mais restent majoritaires. Les dégradations légères ont fortement augmenté et les 3 autres rubriques ont légèrement augmenté.

La majorité des vols commis sans effraction affecte le personnel et se produit souvent par défaut de vigilance collective dans les bureaux, les vestiaires ou les véhicules.[16]

[16] Ce manque de vigilance, voire cette négligence, facilite toute sorte de vols dont des trafics internationaux de matériel médical particulièrement onéreux (endoscope, échographe, etc.). Une prévention humaine élémentaire, assortie parfois de moyens techniques simples, permettrait de réduire ces trafics et les vols sans effraction. Un article du *Figaro* du 14 novembre 2017, « Le vol, ce fléau qui frappe massivement les hôpitaux », relate de façon très intéressante ces actes délictueux organisés et très lucratifs pour leurs auteurs.

La dégradation de l'outil de travail (vol, dégradation) porte atteinte au bon fonctionnement des établissements, désorganise des services avec toutes les conséquences néfastes sur les patients. Il a également des répercussions négatives sur l'ambiance de travail pour les personnels surtout quand les vols sont répétitifs.

Pour le niveau 2 :

On reste au même pourcentage que l'an passé mais avec une légère augmentation du nombre de faits.

Pour le niveau 3 :

La dégradation de matériel connaît également une légère augmentation du nombre de faits tandis que le pourcentage reste identique.

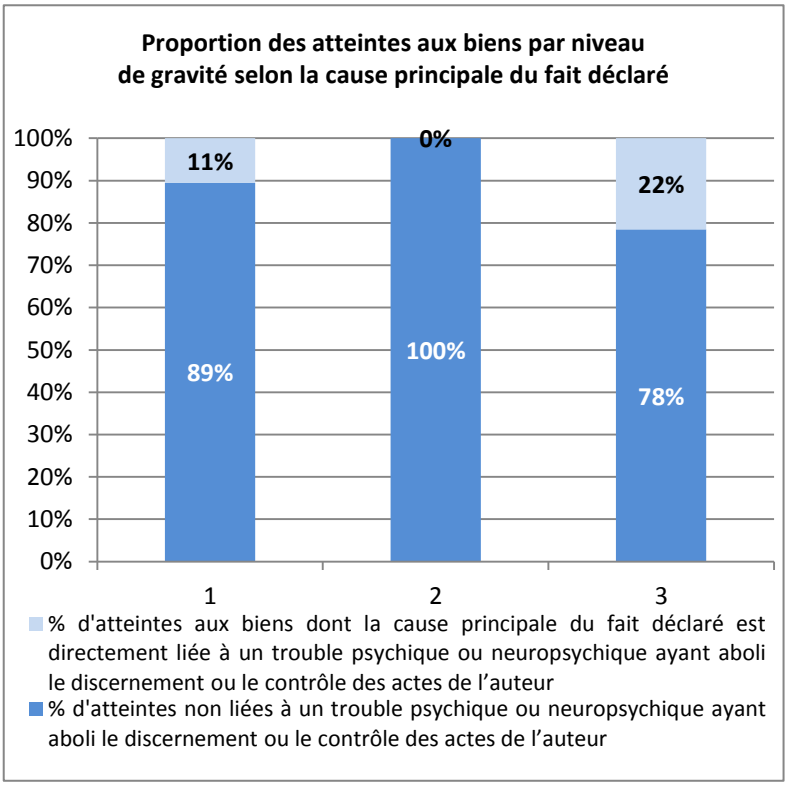
Tableau 10. Répartition des signalements d'atteintes aux biens

Niveau de gravité	Type d'atteintes aux biens	(sur la base de 4 555 signalements)	
		Total d'actes*	Répartition des atteintes
1	Vol sans effraction	2 121	43%
1	Dégradation légère	1 358	28%
1	Dégradations de locaux	638	13%
1	Dégradation de véhicule	220	5%
2	Vol avec effraction	263	5%
3	Dégradations de matériel de valeur	138	3%
3	Incendie volontaire	86	2%
1	Tags, graffitis	56	1%
3	Vol à main armée	4	0%
TOTAL		**4 884***	**100%**

Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement
**Total supérieur car plusieurs réponses possibles*

Graphique 11.
Proportions d'atteintes aux biens en fonction du trouble psychique ou neuropsychique

Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement



Quelques observations générales à partir des chiffres évoqués :

Le vol avec ou sans effraction est signalé dans tous les espaces de l'hôpital : à l'intérieur de l'enceinte (service administratif, bureau du personnel, lieu de soins, bloc opératoire, sous-sol, locaux techniques, vestiaire, self, cuisine, boutique, etc.) et à l'extérieur de l'enceinte : parking, jardin thérapeutique.

Tout peut-être objet de vol : argent, bijoux, matériel médical, matériel de toilette, matériel vidéo, moto, médicament, nourriture, objet de décoration, objet de décoration, objet électronique, ordonnancier, papiers d'identité, portefeuille, sac-à-main, stupéfiants, tampon administratif ou de chef de service médical, tondeuse à gazon, vêtement de travail, vêtement de ville, voiture de particulier, voiture de service, voiture ambulance, vélo, vaisselle, etc.

À l'extérieur, voitures, vélos, motos, des personnels, de l'établissement, des services d'ambulance ou des patients sont touchés par ces vols et parfois dans des conditions insolites.

- « *Une maman qui venait d'accoucher, sortante avec son nouveau-né est venu nous trouver parce qu'elle ne trouvait plus son véhicule sur le parking.* »

- « *Le déclenchement des deux alarmes (secteur X et dépense) au niveau de la conciergerie, nous est signalé. Au même moment, nous sommes prévenus que 2 soignants ont été alertés par la présence d'un patient (non hospitalisé actuellement, M. Z) au volant d'un véhicule de l'hôpital. Les 2 soignants à l'entrée du pavillon Mistral ont vu passer ce patient à pieds et sont interpellés de le voir ensuite conduire un véhicule. De nombreux renforts ont été sollicités pour rechercher le véhicule dans l'enceinte* [de l'établissement]*, sans succès. Le concierge a prévenu la société de gardiennage.* […] *L'ouvrier de garde a été contacté. À son arrivée, il a pu confirmer que l'effraction avait été commise au pavillon Z et la disparition d'un véhicule du parc automobile.* »

- « *Un patient alcoolisé amené par ambulance a signé la feuille de refus de soins et d'hospitalisation est parti à pied, ramené par les gendarmes un peu plus tard, le patient n'a pas voulu rester, agressif envers le personnel, est sorti sur le parking, très agressif, puis a volé une ambulance qui était stationnée sous le porche des urgences avec la clef dessus, qui reste habituellement en cas de nécessité pour la déplacer en cas d'urgence (arrivée des pompiers, départ SMUR...).* »

Ce peut-être aussi des vols avec violence :

- « *Mme Z, ASH, a été agressée par un patient sur le parking de l'accueil. Le patient l'a violemment tirée par le poignet gauche pour la sortir de sa voiture afin apparemment de lui dérober. Les agents d'accueil et garde du domaine sont intervenus pour assister Mme Z et maitriser le patient. Celui-ci s'est enfui en courant, a quitté l'hôpital et pris le bus.* »

À l'intérieur, ce sont les vols de matériels professionnels ou non avec ou sans effraction qui laissent un sentiment de malaise aux personnels surtout quand ils se répètent dans le temps à des intervalles assez rapprochés. Lorsque le vol semble être le fait de personnels de l'établissement, ce malaise, voire ce traumatisme est encore plus fort. On notera aussi que les patients n'utilisent pas toujours les coffres et armoires fermant à clé mis à leur disposition…

- « *Vol avec effraction de 4 postes informatiques complets (UC, écran) servant en cas d'activation Plan blanc ainsi que deux tensiomètres adulte et tensiomètres enfant et 1 stéthoscope.* »

- « *Dans la nuit nos consommables (protections, alèses, savons, haricots...) ainsi que nos denrées alimentaires (boisson, encas...) ont été volées. De manière générale nous nous faisons voler*

tous les week-ends. Nous avons essayé de mettre en place des actions pour pallier à cela en cachant nos consommables et denrées tous les vendredis dans le bureau du médecin sauf que cela devient compliqué à gérer. Demande de changement de serrure faite. Cependant, cette dernière est obsolète étant donné que celle-ci est forcée à chaque fois. Ce problème est récurent et nuit à la prise en charge des patients et m'oblige à ne plus faire le plein de ce chariot et d'aller chercher au "compte-goutte" mon matériel à la réserve et le stocker dans l'infirmerie. De plus, ces vols répétés sont problématiques car nous pouvons plus satisfaire la demande de nos patients. » (Médecine)

- « *Vol par effraction d'un PC portable dans le bureau d'une attachée d'administration. Le ou les auteurs sont passés par une fenêtre à l'aide d'un pied de biche. Une vitre a été brisée. Les armoires et tiroirs ont été ouverts mais rien d'autre n'a été dérobé.* »

- « *Vol sans effraction de produits stupéfiants (morphinique) au sein du tiroir verrouillé dévolu à la sécurisation de ce type de produits. Plainte déposée le jour même.* Le vol de la clé permettant d'accéder audit tiroir a également été constaté. » (Chirurgie)

- « *Intrusion d'un individu la nuit dans les locaux de la Direction et d'autres services avec vol de matériel (ordinateur portable d'astreinte, téléphone portable d'astreinte, appareil photo de la communication, argent...).* »

- « *Vol au préjudice d'un médecin d'une boite déposée sur une étagère et contenant ses lunettes de microchirurgie et sa bague de fiançailles. Le médecin a opéré toute la journée. Vers 18H00 elle quitte le bloc opératoire durant environ 30 mn pour aller voir la patiente au réveil. À son départ présence de la panseuse, infirmier anesthésiste, anesthésiste. À son retour 30 minutes plus tard la salle du bloc est vide et la boite a disparu. Elle retrouve la panseuse et elles effectuent des recherches sans succès. Durant son absence, en plus des 3 personnes présentes déjà mentionnées, au moins 2 brancardiers du bloc et le personnel du ménage sont entrés dans la salle d'opération.* » (Bloc opératoire)

- « *Une patiente du service de rhumatologie a été victime du vol de son portefeuille. Le service de sécurité est intervenu sur cet évènement et la patiente a été rencontrée. Elle était partie pour un examen médical de 16h00 à 17h30 en laissant son sac à main sans surveillance. À son retour elle a constaté que son sac avait été fouillé et que son portefeuille avait été dérobé. Le voleur a été vu par la voisine de chambre qui pensait qu'il s'agissait de son mari.* […] *Ce vol est à rapprocher d'un vol commis dans le même service le même jour au préjudice d'un patient de la chambre X. (Vol d'une montre). Ce signalement a été transmis aux services de police ainsi qu'à tous les agents de sécurité de l'hôpital. Il a été demandé au personnel du service de bien conseiller aux patients d'enfermer leurs objets de valeur dans leurs placards durant leurs absences. Des patrouilles vont être intensifiées dans le service et dans les services voisins.* »

Pour un chahut permettant ensuite de voler la responsable de la boutique :

- « *Un groupe de personne (7 jeunes femmes et un jeune homme) ainsi qu'une patiente envahissent la boutique et s'en prennent à la vendeuse. Ils accusent celle-ci de leur avoir volé de l'argent la veille. La société de sécurité est appelée en renfort. Pendant une demi-heure, la vendeuse se retrouve seule face à ces personnes qui par ailleurs volent une dizaine d'articles. Les personnes partent à l'arrivée du service de sécurité.* » (Clinique)

Pour un voleur interpellé par les membres du personnel et le service de sécurité :

- « *Appel de la responsable des cuisines qui nous informe qu'ils ont attrapé un individu dans les vestiaires des agents du self. Il a pris le blouson d'un agent avec à l'intérieur les clefs de son véhicule. À notre arrivée l'individu est toujours dans le local, il tente de se justifier. Appel à la police à 12h35*

pour intervention. L'individu alors en profite pour s'enfuir. Nous le rattrapons dans l'escalier qui donne sur l'arrière du self côté air liquide. Arrivée de la police à 12h53. L'agent des cuisines et la victime se rendent au commissariat pour dépôt de plainte. L'agent de sécurité se rend aux urgences pour une blessure à la main gauche puis au commissariat pour dépôt de plainte. »

- En ce qui concerne les dégradations, elles peuvent survenir lors d'agressions (bagarre, crise), être les conséquences du vandalisme ou d'un vol avec effraction, du non-respect du matériel d'autrui, être le fait de SDF qui veulent occuper des lieux, l'expression d'un mécontentement d'un patient. Il y a parfois aussi des incendies de matériels ou de locaux.

- « *Un ou plusieurs individus ont couvert de TAGS à la peinture un mur de la partie historique de l'hôpital. Le service de sécurité est intervenu. Des constatations ont été effectuées. Pas de vidéo à cet endroit. Une plainte a été déposée au commissariat de police.* »

- « *Un patient a mis des coups de pied dans la porte donnant sur le jardin et sur la porte grillagée et s'est enfui. En allant refermer la porte les agents ont vu s'effondrer devant eux 2 grandes barres d'acier.* » (Psychiatrie)

- « *Groupe de jeunes ayant cassé une fenêtre pour rentrer dans un bâtiment inoccupé pour le moment.* »

- « *Patient violent ayant frappé dans le mur du box d'accueil et dégradé un brancard.* » (Urgences)

- « *Des individus viennent la nuit au niveau de l'unité de production culinaire et procèdent à des dégradations (tags, renversement conteneur tri sélectif, feux de camps, excréments au sol et contre les murs, vitres du bâtiment, etc.).* » (Autres)

- « *Personne ayant percé des trous et injecté du produit dans un arbre de l'établissement.* »

- « *Dégradation volontaire de l'écran de visualisation du distributeur automatique de vêtements professionnels par l'impact d'un coup.* »

- « *Déclenchement de l'alarme incendie vers 17:00. Patient en CSI, présence d'un départ de feu sur le matelas, les draps et l'oreiller. Patient écarté, feu rapidement maitrisé. Le patient rend le briquet après sollicitations soignantes. Par la suite, patient installé dans une autre CSI, nécessité d'une fouille, menaçant envers notre intégrité physique et menaces de mort, insultant, menace de remettre le feu. Nécessite d'être contenu par la suite en présence de nombreux renforts car passage à l'acte hétéro-agressif pendant l'injection (refus traitement si besoin par voie orale). Patient violent physiquement, crache.* » (Psychiatrie)

FOCUS sur les services de psychiatrie [17]

La psychiatrie recense à elle seule 21,5% de l'ensemble des atteintes aux personnes signalées (23% en 2016). Parmi ces atteintes 51% sont des violences verbales (53% en 2016) et 49 % des violences physiques (47% en 2016). V. tableaux 7 et 8, pp. 24-25. Le personnel hospitalier est victime dans plus de 8 cas sur 10. Il s'agit d'un secteur où le personnel est particulièrement exposé aux agressions physiques avec ou sans arme, aux menaces et aux abus verbaux et aux dégradations de biens. Le plus souvent les atteintes sont liées à la pathologie des patients. Cette violence s'exprime dans les entités psychiatriques comme les CMP, les hôpitaux de jour, les UMD et les UHSA.

4 401 signalements ont été déclarés en psychiatrique pour 4 128 atteintes aux personnes et 695 atteintes aux biens (des faits peuvent regrouper cumulativement les deux atteintes).

Il apparaît clairement, au regard des signalements recueillis et des visites effectuées, que le seuil de tolérance est différent selon les individus, le type de violences exercées, l'ancienneté dans le service, la composition et la cohésion des équipes, les établissements ou les régions. La mise en place de cellules de soutien, d'analyse des violences, les recadrages administratifs effectués par la direction, les recadrages effectués per le médecin et l'équipe d'encadrement sont indispensables mais pas toujours suffisants.

Dans ce secteur, les équipes soignantes sont confrontées à de très fréquents moments de violence. Les remontées assez importantes dans cette activité montrent un personnel conscient de la particularité de cette matière, mais également de leur exposition et de leur vulnérabilité. Les personnels savent faire preuve de vigilance face à divers types de dangers auxquels eux-mêmes mais aussi les patients (parfois très jeunes) peuvent être confrontés. Si le partage d'expérience est essentiel, notamment des plus expérimentés vers les plus jeunes, il apparaît indispensable que les personnels suivent une formation pratique à la gestion des violences verbales et physiques.

Il faut ajouter parfois comme caractéristique la soudaineté de certaines violences, soudaineté qui peut toutefois surprendre la vigilance du personnel de santé :

- « *Pendant le dîner, le patient se lève d'un coup et envoie sa chaise sur un des soignants qui réussit à l'éviter. L'intervention de deux soignants est nécessaire pour maîtriser le patient.* »

- « *Patient à l'extérieur du centre d'accueil psychiatrique. Alors qu'un professionnel de ce service ouvrait la porte, le patient s'est précipité sur lui avec un couteau avec lequel il a tenté de frapper le soignant au niveau du visage. Intervention du service de sûreté suites aux appels du professionnel agressé. Les agents de sécurité ont réussi à désarmer l'agresseur et à le neutraliser.* »

---

[17] « *La psychiatrie présente des caractéristiques spécifiques par rapport aux autres disciplines médicales : faible place des actes techniques, nombreuses structures extrahospitalières, prises en charge récurrentes et diversifiées, etc. L'offre de soins en établissements de santé se structure autour de trois types de prise en charge : à temps complet, à temps partiel et ambulatoire. La prise en charge à temps complet s'appuie essentiellement sur les 57 000 lits d'hospitalisation à temps plein, celle à temps partiel sur les 29 000 places d'accueil en hôpital de jour ou de nuit. La prise en charge ambulatoire, réalisée majoritairement en centre médico-psychologique, est la plus courante.* »

« *Les patients en psychiatrie sont le plus souvent traités dans le cadre d'une prise en charge ambulatoire : 80 % des patients reçus au moins une fois dans l'année sont pris en charge exclusivement sous cette forme. En 2015, plus de 21 millions d'actes ont ainsi été réalisés, notamment dans les 3 700 unités de consultation et centres médico-psychologiques, considérés comme les pivots du dispositif ambulatoire. Les équipes de psychiatrie interviennent également dans d'autres lieux que les CMP. Ainsi, 14 % des actes sont réalisés dans les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel, 7 % à domicile ou en institutions substitutives au domicile, 5 % en unités d'hospitalisation somatique et 3 % en établissements sociaux, médico-sociaux, ou encore en milieu scolaire ou en centres de protection maternelle et infantile (PMI).* »

Source : *Panorama des établissements de santé,* Édition 2017, p. 88, DREES.
http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/es2015.pdf

- « *Agression physique d'un infirmier par un patient. À 19h30, l'infirmier entre dans la chambre d'isolement pour chercher le plateau repas. Le patient semble calme mais, dès l'ouverture de la porte, le patient tente de pointer l'infirmier à la face à l'aide d'une cuillère à soupe coupée devenue une arme blanche du fait de son extrémité saillante et tranchante. L'infirmier se protège avec sa main mais le coup atteint la paume de la main (15 jours d'arrêt de travail). Appel de personnels de renfort. Le patient est contentionné et maintenu en isolement. À noter que ce patient avait déjà agressé l'après-midi quatre soignants : griffures et morsures (plaies superficielles).* »

L'effet de surprise peut-être dû à de nombreux facteurs : pathologie du patient, climat qui existe dans le service, relations avec le personnel ou entre patients, des refus divers qui engendrent des contrariétés dénommées souvent « frustrations ». Il est possible parfois de sentir venir l'agression, mais parfois ce n'est pas le cas.

✓ **Remarque 8** **Les intolérances à la « frustration » et ses manifestations.**[18] Les personnels soignants reprennent régulièrement le terme de « frustration » dans les signalements. Ces frustrations ou contrariétés sont très diverses : refus de cigarettes, refus de sortie, refus dans le cadre du traitement (non renouvellement d'ordonnance, médicaments délivrés qu'à partir d'une certaine heure), rappel au règlement, repas servi en retard ou pas de nourriture servie en plus, sevrage, retard d'une mère qui vient visiter son fils, lors des soins d'hygiène, etc. Les réactions à la frustration ne sont souvent pas maitrisées et engendrent donc de la violence.

- « *Alors que deux infirmières et un étudiant en soins infirmiers accompagnent un patient souffrant de troubles autistiques à la douche, il est envahi par le souhait de toucher les seins de l'équipe. Devant le refus de l'équipe, la frustration est grande et il veut alors se mordre. L'infirmière, s'interpose. Le patient la mord alors violemment, au sang, sur l'index gauche.* »

- « *Enième altercation de ce patient qui présente une grande intolérance à la frustration. Cette fois-ci il a réagi en jetant une poubelle sur un patient. Le Dr Y est arrivé très vite avec d'autres collègues. Lui a parlé mais a très vite recommencé. Nouvelle altercation. S'est énervé violemment en jetant une chaise de bar sur un patient en fauteuil roulant, a tenté de frapper un IDE. Il a été décidé sur prescriptions médicales de poser des contentions. Le patient a commencé à lancer des insultes, donné des coups de pieds et craché.* »

- « *Agression physique volontaire de la part d'une patiente à mon encontre. Cette dernière sur une frustration, a arraché le bandeau électrique situé au-dessus de son lit et les boutons poussoirs électriques de sa chambre. En tentant de calmer les choses elle m'a attrapé le bras droit, a planté ses ongles et a tiré la peau. Hématome +excoriation +griffures profondes. A continué par des insultes et des menaces verbales et physiques, la situation a nécessité de faire appel à du renfort et la patiente a été sanglée.* »

L'usage de produits stupéfiants renforce l'intolérance à la frustration.

- « *Les évènements se sont déroulés dans la salle d'attente du service d'imagerie médicale du CH X lors d'un accompagnement seul avec le patient. Devant l'attente, le patient se montre intolérant à la frustration (rumine, déambule...) associée à une consommation massive de cannabis. Il fait alors irruption dans la salle menant au scanner. Je lui rappelle que l'accès non accompagné d'un soignant du service lui est interdit (ce dernier m'insulte et me menace). Fait*

[18] Il conviendrait que les motifs de « frustration » soient parfois mieux précisés dans les signalements pour affiner cette cause de violence. **La frustration n'est pas l'apanage de la psychiatrie ou de la pédopsychiatrie, d'autres secteurs connaissent cette situation :** unité de soins, SSR, gériatrie, urgences et, en réalité, tout lieu ou unité où des personnes frustrées (contrariées) semblent avoir du mal à ne pas y réagir autrement que par la violence verbale et/ou physique.

plusieurs aller-retour entre la salle d'attente et les WC, le patient roule une cigarette de cannabis. Après un passage supplémentaire aux WC, il ressort avec sa cigarette (cannabis) allumée. J'interviens pour lui signaler qu'il est interdit de fumer dans un lieu public. Le patient se dirige sur moi, arme son poing. Nous sortons de la salle d'attente et c'est à ce moment-là qu'il me donne un coup. »

- « *Ce jour vers 10h00, nous nous sommes rendus à la CSI A, après le staff médical, pour l'évaluation clinique du patient Y. Avec moi, il y avait le Dr Z et M. X (aide-soignant très expérimenté). Ce patient hospitalisé depuis 1 semaine sous contrainte et mis en CSI B pour un épisode délirant aigu avec des troubles du comportement hétéro-agressifs secondaires à la consommation de cannabis. Immature et impulsif avec encore des moments de déréalisation, il a été mis sous traitement antipsychotique injectable avec 3 injections programmées à 2 à 3 jours d'intervalle. Aujourd'hui, il aura la 3e et dernière injection de ce traitement, suite à quoi nous devrions envisager une sortie de CSI si les troubles délirants sont bien stabilisés. Ce patient était en début de semaine en CSI au secteur B par défaut de CSI A. Durant une évaluation clinque au B, il avait sauté sur une infirmière pour l'agresser, probablement par intolérance à la frustration et a donc été contentionné. Transféré en CSI A, le patient a été décontentionné car plutôt calme et compliant, malgré quelques moments de désorganisation psychique. Aujourd'hui plutôt de bon contact mais très véhément et insolent avec les infirmières, exigeant une cigarette avec son café. Ensuite contrarié, il a jeté son plateau par terre et renversé son café. À l'entretien, il reconnait aller mieux, avoue avoir abusé du cannabis mais refuse de s'étaler sur le sujet et exige sa sortie, sa cigarette... Nous lui expliquons qu'il va mieux grâce au traitement qu'il a reçu et qu'il restait une 3e injection avec une surveillance clinique, encore aujourd'hui en CSI. Il se met alors à menacer, à se jeter par terre, à casser son urinoir sur le sol. L'aide-soignant a sonné l'alarme et a mis sa main sur son épaule et lui a demandé calmement de se lever pour continuer à discuter avec les médecins. Le patient se lève brusquement et assène un violent coup de poing à la mâchoire de l'aide-soignant.* »

Face aux frustrations, les enfants et les adolescents expriment aussi des réactions violentes qui vont atteindre non seulement les personnels mais parfois aussi leurs camarades.

- « *Lors d'une crise massive d'agitation d'un enfant suite à une frustration, j'ai été mordue jusqu'au sang à l'avant-bras gauche, ce qui a provoqué une plaie et un hématome.* »

- « *Pendant la séance, l'enfant a pleuré sur frustration et est venu se blottir dans mes bras. Il m'a mordu à l'épaule droite*. »

- « *Un jeune enfant d'un groupe des plus petits montre beaucoup d'agressivité depuis plusieurs semaines envers les soignants et les enfants de ce groupe. L'enfant a depuis plusieurs semaines un seuil de frustration très bas et peut se mettre en danger pour réaliser des activités propres à ses désirs. Suite à une énième frustration, de ne pas s'installer aux toilettes selon un temps indéfini, et de ne pas inonder le toilette par ses jeux envahissants, l'enfant est conduit au groupe en cours de comptines. L'enfant rentre dans la pièce, court, cri et tape violemment (coup de poing) les deux soignants au niveau des seins, des bras et donne des coups de tête dans les dents et les seins. Des coups non volontaires semble-t-il mais lancés dans son agitation débordante. L'enfant peut aussi donner des coups de façon adressés et pensés pour volontairement agresser. L'enfant réussit à se calmer en se rapprochant d'un des deux soignants, cependant dès que l'idée de sortir et d'aller aux toilettes lui revient à l'esprit, le patient s'agite de nouveau, tape un autre enfant près de lui et plus petit au visage à deux reprises (coup de poing violent de chaque côté). Une contamination de l'agressivité dans le groupe s'en suit par imitation : l'enfant veut retaper cet enfant qui vient de l'agresser et un autre attaque un soignant voulant le mordre.* »

- « *Suite à une frustration, un adolescent se montre dans la provocation et les menaces aux soignantes, dans l'opposition. Lorsque les soignantes lui demandent de sortir du bureau ce dernier donne des coups de pieds à la soignante, accompagné en salle de détente il revient sur la soignante en assénant des coups de poings.* »

- « *L'adolescent sort d'une séance en psychomotricité qui s'est bien déroulée avec un cadre très contenant ; il demande aux soignants à faire du vélo, ce temps est refusé ce qui déclenche une frustration et un passage à l'acte sur un enfant en consultation externe. Il se réfugie dans le salon d'accueil des adolescents, un livre en main et ne souhaite en aucun cas échanger sur son acte. Pourtant, il est nécessaire d'échanger et lorsqu'un collègue s'approche pour l'interpeler, il lui donne un coup de pied à la cuisse. Pour marquer l'interdit, deux soignants se saisissent du jeune et l'accompagnent en chambre d'isolement. Il se débat et me donne un coup de pied au visage alors que je lui enlève ses chaussures. Une déclaration d'accident de travail est réalisée.* »

Les dispositifs d'alerte mis en place dans ces structures apparaissent indispensables en raison de la fréquence des violences (DATI - PTI). À disposition de tous, ils sont toujours utilisés. Ils rassurent les personnels, mais leur présence rappelle également le passage à l'acte violent auquel ils sont confrontés. L'expérience des soignants semble permettre une prise en charge des patients plus apaisée. Il n'est pas rare que deux ans soient nécessaires pour qu'un personnel puisse acquérir l'expérience suffisante d'une pleine autonomie. Les diverses formations proposées à la gestion de l'agressivité verbale et physique s'avèrent indispensables pour gérer ces situations.

- « *Quitte le bureau infirmier de façon tout à fait calme pour revenir précipitamment avec une chaise, de la salle commune qui se trouve à proximité, pour frapper la soignante avec l'objet, geste qui sera interrompu par l'intervention rapide des collègues après avoir entendu la sonnerie de son PTI.* »

- « *Suite à une frustration, le patient claque la porte de sa chambre, se met à invectiver le soignant, arrivée d'un second soignant, le patient se montre agressif physiquement, ordonne de quitter la chambre. Tentative de contention physique active par deux soignants, riposte de la part du patient, donne des coups de pieds se débat avec force, attrape le soignant par les cheveux, lui arrache des cheveux. PTI déclenché, maintenu au sol en attendant l'arrivée des renforts. Contention mécanique par 4 et traitement si besoin administré per os. Transmissions écrite.* »

Lors des violences subies, l'utilisation de ces appareils de sécurité n'est pas toujours aisée et le fonctionnement est parfois défectueux.

- « *L'ASH s'est violemment fait agresser par un patient. En la croisant dans le couloir, le patient l'a mise à terre, l'a frappée à plusieurs reprises avec une console de jeu au niveau du visage et du crâne et lui a arraché des cheveux. Elle a réussi à saisir son DATI avec la main gauche mais le bouton d'appel étant sur le côté du téléphone, elle n'a pas réussi à appuyer dessus. C'est en criant qu'elle a alerté ses collègues.* »

En outre, les soignants déclarent la fin de journée comme un moment plus propice aux violences. En effet, l'accumulation de frustrations sur la journée peut conduire certains patients à des passages à l'acte au moment où, parfois, le personnel est en effectif réduit.

Les repas collectifs, rapprochant des patients ayant des pathologies parfois différentes, conjugués avec la distribution des traitements, ou encore le moment des transmissions entre deux équipes

soignantes, sont propices à des agressions physiques entre patients, car ces derniers savent que la surveillance est moindre.

- *« Pendant le repas du soir, un patient soudain et avec une extrême violence jette son plateau en direction d'un autre patient, qui réussit à l'éviter. Puis il fonce sur l'AS très vivement et donne des coups de poings et de pieds. »*

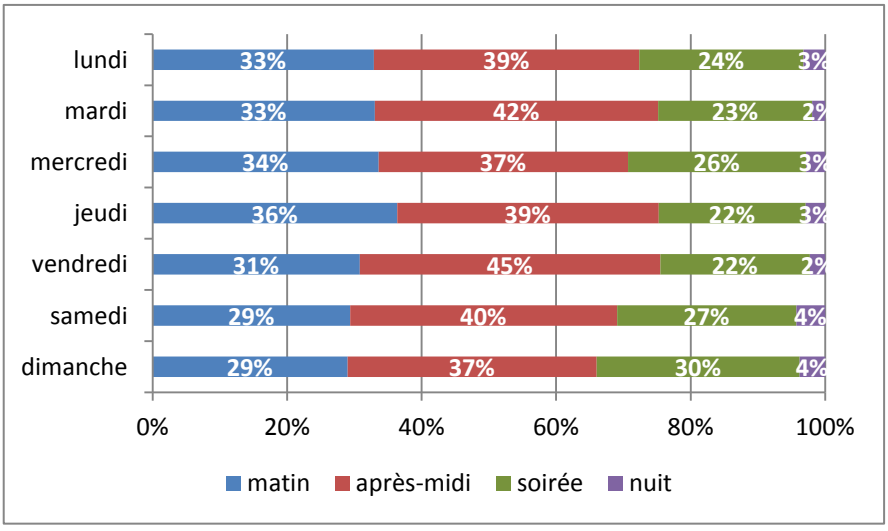
- *« Lors de la fin du repas des patients restant à l'étage, la patiente force le passage pour rentrer dans l'office alimentaire. Je l'arrête et l'invite à faire demi-tour, s'est jetée sur moi, m'a agrippé les cheveux. Intervention de mes 2 collègues présentes à ce moment. La patiente a mis assez longtemps à lâcher prise malgré l'intervention de mes collègues. »*

- *« Au moment du repas, altercation entre ce patient et son voisin de table, je m'interpose dans un premier temps, la situation se calme. Ce patient revient dans la provocation envers moi peu de temps après, m'invectivant et me menaçant avec son couteau de table. Recadrage, retour en chambre et entretien avec le médecin. »*

Tableau 11. et graphique 12. des violences en psychiatrie selon le moment de la journée

	matin	après-midi	soirée	nuit	total
Lundi	168	215	175	22	580
Mardi	151	204	137	22	514
Mercredi	191	277	138	14	620
Jeudi	216	231	130	17	594
Vendredi	212	234	167	18	631
Samedi	221	282	153	13	669
Dimanche	194	233	144	19	590
TOTAL GÉNÉRAL	**1 353**	**1 676**	**1 044**	**125**	**4 198**

Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement



Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement

✓ **Remarque 9** **Déposer plainte ou non contre un patient violent en psychiatrie ?** L'ONVS confirme le constat évoqué dans le rapport 2017 : lorsque des faits graves sont commis sur les personnels de santé avec parfois des blessures physiques importantes assorties de retentissements psychiques graves, il y a une gêne avérée à déposer plainte.

Des professionnels de la psychiatrie affirment que « *la loi du dehors doit entrer à l'hôpital psychiatrique* ». Et en réalité, il est nécessaire de rappeler que c'est effectivement lors de la phase d'enquête que la justice, et elle seule, déterminera par le biais d'une expertise médicale une abolition ou non du discernement de l'auteur. Il arrive d'ailleurs qu'une condamnation soit prononcée à l'encontre d'un patient suivi en psychiatrie même si un expert a constaté une altération de son discernement. [19] Le sujet est donc délicat et ce n'est bien évidemment qu'au cas par cas que tout cela doit être examiné.

L'ONVS relève également que les avis sont partagés parmi les personnels. À côté de ceux qui accordent de toute façon une irresponsabilité pénale aux patients ou de ceux qui pensent que ça ne sert à rien de déposer plainte, d'autres expriment une peur réelle ou supposée de représailles s'ils déposent plainte, d'autres considèrent encore que c'est à partir du moment où le patient s'en prend à leur vie privée qu'ils seront fondés à déposer plainte pour se protéger (ex. : délire érotomaniaque, harcèlement du soignant…), voire protéger leur famille, d'autres enfin ne le feront que s'ils subissent des blessures graves.[20] Les exemples ci-dessous démontrent que des soignants n'hésitent pas à porter plainte, qu'il y a ait d'ailleurs ou non des menaces touchant à la sphère privée du soignant :

- « *Incident ce weekend avec un patient, qui au cours d'une agitation psychomotrice dans un contexte de frustration m'a copieusement insultée et menacée ainsi que ma famille. Monsieur a réitéré des insultes et des menaces ce jour dans le même contexte. Il m'a également craché dessus. J'ai aussi reçu un coup de pied. Il a promis de me retrouver quand il sera sorti. Il a aussi insulté mes collègues. Devant la gravité des menaces proférées je décide de déposer une plainte au commissariat de police.* »

- « *Au réfectoire, suite à une nouvelle frustration de M. X, me cible délibérément avec le couteau en le pointant vers moi et en se rapprochant de plus en plus près de manière à ne pas me laisser le choix. L'équipe soignante a été dans l'obligation de le désarmer et de l'emmener en chambre puis s'en est suivie à mon insu la verbalisation de menaces de morts : "Si le couteau aurait était pointu je vous aurais planté" Lorsque M. X. a été mis en chambre de soins intensifs et mis sous contention avant que nous sortions de la chambre, ce dernier m'interpelle et me dit : "Je vais tuer tes enfants, je les brûle vif." Suite à ces menaces le patient a été averti qu'il y aurait un dépôt de plainte à son encontre. Par ces faits de violence, je décide donc de porter plainte contre M. X.* »

[19] Voir à ce propos le chapitre II.3 exemples de décision de justice où les auteurs, bien que non poursuivis dans le cadre d'une affaire ayant eu lieu dans une unité de psychiatrie, ont fait l'objet d'une expertise médicale ordonnée par le tribunal. Pour rappel, cette affaire où, dans un établissement public de santé mentale, 7 personnels (médecin, infirmier, éducateur, personnel administratif) ont été séquestrés avec menaces avec arme, violences volontaires et vol de numéraire par un patient, lequel avait déjà fait l'objet d'une hospitalisation (SPDRE). Étant suivi dans un EPSM d'un autre département, il exigeait depuis un certain temps d'être suivi par les soignants de cet établissement et était revenu plusieurs fois demander avec insistance ce suivi délocalisé. Seules 3 des 7 victimes ont déposé plainte pour ces faits. La justice, après expertise médicale, a conclu à la responsabilité pénale de l'auteur, lequel a été condamné à 18 mois de prison, dont 12 fermes, avec interdiction d'entrer en contact avec l'équipe de soins durant 1 an. En l'espèce, le patient ne s'en est pas pris à la vie privée des personnels.

[20] Sur l'importance de prendre en compte le retentissement psychologique et l'ITT psychologique, v. Guide ONVS p. 60, qui, entre autres, cite les recommandations de la HAS à ce sujet. Les violences psychologiques sont de plus en plus pris en compte dans le cadre du droit pénal et de la procédure pénale (v. art. 222-14-3 : « *Les violences prévues par les dispositions de la présente section* [violences] *sont réprimées quelle que soit leur nature, y compris s'il s'agit de violences psychologiques.* »).
http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_onvs_-_prevention_atteintes_aux_personnes_et_aux_biens_2017-04-27.pdf

- « *Je me suis rendu avec une IDE au domicile d'un patient à* [telle ville] *dans le cadre du suivi par le CMP et afin de résoudre des problèmes administratifs. Le patient nous a accueillis chez lui, se montrait calme au début puis agressif, m'a porté un coup de poing au niveau du haut du thorax à gauche. La situation s'est apaisée ensuite, mais le patient s'est remis à s'agiter ensuite, tentant de me frapper à nouveau, j'ai pu l'esquiver et le maîtriser. Nous sommes partis ensuite, le patient nous sommant de quitter les lieux. J'ai déposé plainte à la gendarmerie pour l'agression à mon encontre.* »

Se pose alors la question de la relation soignant-patient : comment gérer le rapport d'autorité ou de force et se faire respecter quand le soignant comprend que le patient le manipule dans le cadre de sa pathologie ? Comme l'expriment encore certains professionnels du milieu psychiatrique, « *il faut toujours parler à la partie saine de l'individu* ». On notera l'exemple d'un professionnel de santé qui, le lendemain d'un très violent coup reçu, est allé voir le patient pour lui faire comprendre qu'il n'avait pas peur de lui et que ce comportement n'était pas admissible. Certains professionnels pensent aussi que la sanction pénale peut très bien participer de la thérapie au sens où le patient est « recadré » par la décision de justice. C'est un moyen efficace de lui faire comprendre les limites qu'il ne doit pas dépasser.

Quoi qu'il en soit, ces actes de violence sont loin d'être anodins car, avec les insultes et les menaces répétitives parfois quotidiennes, ils usent physiquement et psychiquement les personnels qui en sont victimes. Au-delà du dépôt de plainte pour celui qui a été personnellement victime de l'infraction, il est évident qu'une forte cohésion des équipes et un fort soutien de l'encadrement à tous les niveaux s'imposent pour permettre à tous d'accomplir leur mission de soins dans les meilleures conditions et pour le bien des patients. Une des réponses dans ce soutien, comme l'ONVS a pu le constater dans certains établissements psychiatriques, consiste aussi pour la DRH à proposer une mobilité au sein des diverses structures de leur établissement pour éviter que le professionnel reste toujours au même endroit avec les risques inhérents que cela peut engendrer et la démotivation qui peut s'ensuivre.

À propos des CMP. Ils font remonter peu de signalements (115 dont 91 atteintes aux personnes et 42 atteintes aux biens), pour autant les quelques signalements déclarés font état de situations difficiles à gérer (renouvellement d'ordonnance, piqûre, crise, question financière, etc.). L'isolement géographie du CMP semble constituer un facteur anxiogène pour le personnel en cas de difficultés.

- « *M. X est venu au CMP afin de voir le Dr X pour une ordonnance. Le Docteur n'étant pas là, je lui ai dit de voir son généraliste. Il a commencé à tenir des propos déplacés à plusieurs reprises et me dit que je me souvienne bien de lui et de la date.* »

- « *Un patient suivi sur le CMP s'est présenté le 19 juin sans rendez-vous pour une ordonnance. En l'absence du Dr X, qui est son psychiatre référent, il a été reçu par le Dr Y et par une IDE. Le Dr Y a proposé à ce patient de faire une ordonnance pour 15 jours. En effet, ce dernier a rendez-vous avec le Dr X le 30 juin. Monsieur Z s'est alors énervé et a exigé une ordonnance de 30 jours. Devant le refus du Dr Y, ce dernier est entré dans le secrétariat du CMP en criant et s'est acharné à coup de pieds et de poings sur le photocopieur qui se trouvait dans l'entrée. Il a insulté Mme Y, la secrétaire présente dans le local. Nous avons fait appel à la police. Monsieur Z est alors parti en courant. En sortant du CMP, il a frappé une patiente qui fréquente le CATTP.* »

- « *Un patient se présente ce jour sans Rdv au CMP. Menaçant, virulent et alcoolisé. Menace de mort envers tous les membres de l'équipe. Police municipale appelée, commissariat de* [telle ville] *appelé, SAMU appelé sur accord du médecin présent sur le site. Délai d'intervention des différents protagonistes très long. Pendant ce temps le patient continue à menacer le personnel et frapper dans*

les portes. Dans les faits, l'appel au SAMU s'avère difficile car chacun veut s'assurer de la nécessité de son intervention (nous avons été obligés de justifier de l'urgence de la situation à plusieurs reprises malgré notre évaluation). Sur place, une fois les différents intervenants présents, grosses difficultés à coordonner les interventions de chacun. Le SAMU ne prend pas en charge immédiatement le patient, la police ne peut intervenir directement, elle reste en soutien en cas de passage à l'acte. Conséquences : le patient est resté sur le site pendant plus d'une heure, menaçant de manière très virulente le personnel et proférant des menaces de mort à l'ensemble du personnel. Suggestions : protocole à établir avec police et SAMU. Sécurité du personnel avec éventuellement bip d'appel relié à du renfort (nb : le site de [telle ville] *est loin de l'hôpital.* »

- « *Au CMP, patient connu pour ses violences et ses propos déplacés. Il se présente pour des soins à la main et dit vouloir un rdv avec l'assistance sociale. Au retour des soins, il appelle sa curatrice car souhaite 500 € pour des achats. A priori, elle ne lui accorde pas cette somme, il commence alors à l'insulter et raccroche. Il fait alors irruption dans le bureau de l'assistance sociale et l'insulte "toi aussi t'es une s…" et claque violemment la porte. Évènement ayant fait l'objet d'un signalement en interne et d'une proposition de prise en charge par le psychologue du travail.* »

- « *Le patient se présente au CMP pour qu'on contacte sa tutrice pour qu'elle puisse débloquer de l'argent afin qu'il puisse acheter un billet de train. Mais la tutrice ne répond pas ; le patient s'énerve et ne veux plus sortir de la pièce. Nous l'accompagnons vers la sortie, mais celui-ci devient sthénique, me frappe le bras gauche et me gifle le visage côté droit.* »

- « *Un patient s'énerve, explique qu'il ne viendra pas* [à telle date] *pour son IMR. Nous lui expliquons les conséquences de ne pas faire son imr, plusieurs collègues se mettent à lui expliquer les soins et la nécessité de poursuivre sans animosité la prise en charge. Menace les collègues avec le poing, tape dans l'ascenseur. Fait un bras d'honneur en exprimant "le Dr Y je me la mets au c…" Il remonte à plusieurs reprises et veut taper des poings, menaçant verbalement. Au RDC tape dans la porte s'en prend à deux collègues qu'il essaye de mordre et de taper. Essaie de prendre une chaise sans y arriver. Reconduit à l'extérieur. Appel du commissariat pour intervention devant la montée en tension et les multiples allées et venues. La Police le prend en charge et l'invite à s'éloigner du CMP. Reviennent par la suite car l'ont vu déambuler autour du CMP.* »

- « *Un groupe de 6 jeunes s'est installé devant l'accueil du CMP pour fumer du haschich et cache leur ration dans le plafond. Cela met en péril l'accueil des enfants en souffrance et la sécurité de tous.* »

À propos des UMD. Ces unités ont rapporté 145 signalements (dont 145 atteintes aux personnes et 17 atteintes aux biens). Une crise entraîne des violences physiques souvent très importantes qui nécessitent cohésion, intervention en nombre, rapidité et vigilance des personnels. Une très bonne connaissance de la personnalité des patients est essentielle car il n'est pas toujours facile de percevoir leurs intentions réelles. La soudaineté des revirements de comportement est fortement soulignée ainsi que la frustration dans ce contexte spécifique. Le rappel des règles de la vie en collectivité entre patients et avec le personnel est fréquent. Ce recadrage peut se passer correctement ou parfois dégénérer en menaces et coups.

- « *Lors du lever des patients, je constate que le patient est déjà réveillé. Il est debout à proximité de son lit et se montre calme. J'ouvre la porte et lui demande si je peux rentrer en chambre (dans le but de lui donner ses affaires pour se laver et de voir avec lui ce qu'il souhaite pour son petit-déjeuner). À la question : "Je peux rentrer dans la chambre ?", le patient me répond : "Oui". Au moment où j'initie mon premier pas pour rentrer dans sa chambre, il se rue sur moi, arme son poing, je fais un pas en arrière aidé par une collègue qui me tire en arrière pour éviter le coup mais je reçois tout de même un coup de poing puissant (avec le poing fermé) au niveau de l'arcade sourcilière*

droite, heurtant par la même occasion mes lunettes qui me tombe sur le visage. Malgré la présence de 5 soignants, nous avons des difficultés à maitriser le patient. Grâce à l'appel "DATI", des collègues des unités avoisinantes arrivent très rapidement sur les lieux pour nous aider à entraver le patient, à le ramener dans sa chambre et lui administrer son traitement si besoin. Cinq minutes plus tard, le psychiatre (d'astreinte de pôle ce jour-là) est sur place. Il prescrit un isolement de 48h pour le patient avec possibilité d'entraver le patient suivant l'évaluation infirmière de l'état clinique du patient. »

- « *Après une sortie cigarette, lors du raccompagnement en chambres, le patient me frappe au visage sans motif apparent et de manière impulsive.* »

- « *Depuis le début d'après-midi la patiente demeure insistante et a du mal à différer dans ses demandes malgré les réponses des divers soignants. À 15h, la patiente frappe de nouveau à la porte du bureau et tente de pénétrer dans celui-ci de manière virulente dans le but d'agresser l'infirmière dès l'ouverture de cette dernière. Atteint la soignante au niveau du visage ce qui nécessite une intervention soignante pour l'accompagnement en CSI avec contention devant la tonicité et véhémence de la patiente.* »

- « *Lors de la distribution des repas à 11h45, alors que l'infirmier était en train de remuer la salade de carottes, un patient M. X se lève sans raison, se munit de son verre d'eau et le jette de manière très violente et volontairement à la tête de notre collègue. Prolifère des menaces* […]. *Continue alors à jeter les verres qui se trouvent sur son passage. Alors que notre collègue a couru pour se protéger en dehors de la salle commune, a glissé et s'est cogné la tête dans l'encadrement de la porte du bureau IDE. Alors que nous essayons de calmer le patient, celui-ci se montre totalement hermétique. Continue toujours de proférer des menaces. Danger imminent ++, tous les soignants sont sortis de la salle commune pour se protéger. Arrachement DATI fait. Arrivée des renforts rapidement. Patient maitrisé et amené en chambre dans un premier temps le temps de libérer la chambre d'isolement. A été ensuite conduit en chambre d'isolement, entravé et injecté à 12h15. L'infirmier a été blessé au niveau de la tête, plaie profonde, douleur cervicales, douleur et coup genou gauche, douleur coude gauche, coup au niveau du dos.* »

La protection du patient (en cas de tentative de suicide notamment) est parfois aussi cause de violence.

- « *Alors que nous installons un patient en chambre seule suite à une crise clastique ce dernier se saisit du drap et tente de se stranguler. Nous devons intervenir physiquement immédiatement à 4 personnels pour assurer la sécurité du patient, et desserrer le lien. Le patient se met alors à se débattre, crache, mord, frappe des pieds et des poings avec force et virulence. Il me touche au niveau du visage, alors qu'il frappait en notre direction, et durant l'intervention physique rendue nécessaire pour sa sécurité, m'occasionnant douleurs rougeurs et œdème au niveau de la pommette gauche, ainsi que des céphalées. Déclenchement de l'alarme PTI, renfort rapide de personnels des pavillons d'UMD, de l'équipe de sécurité, intervention physique, pose d'entraves pour assurer la sécurité de tous.* »

FOCUS sur les services de gériatrie

Les unités de soins de longue durée (USLD) et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) font remonter un nombre de signalements importants soit 2 447 (1 981 en 2016). Ces signalements concernent très majoritairement des atteintes aux personnes : 96 % (idem en 2016), qui se décomposent en violences verbales pour 46% et en violences physiques pour 54% (44%/56% en 2016). Le rapport est inversé par rapport aux violences verbales et physiques en psychiatrie. Ces violences sont dues le plus souvent à la pathologie des patients.

À ces signalements, il convient d'ajouter ceux des services de gériatrie court séjour : 249 (301 en 2016) avec une répartition de violences verbales et physiques de 54%/46% (49%/51% en 2016). (V. tableaux 7 et 8, pp. 24-25).

Violences verbales et physiques envers le personnel (majorité), entre patients ou avec la famille (incluant parfois la gestion larvée ou au grand-jour de conflits intrafamiliaux),[21] les causes de violences sont multiples et demandent professionnalisme, tact, et une grande cohésion au sein de ces unités pour les gérer et retrouver le calme et la sérénité. Les répercussions sur les personnes âgées victimes de violences par d'autres patients sont fortes, surtout en cas de violences verbales très agressives (propos orduriers, racistes…) et/ou de violences physiques graves ou répétitives.

Le malaise du personnel peut être profond lorsqu'il est pris dans des conflits familiaux :

- « *Violences verbales et physiques entre les membres d'une même famille. Il existe un conflit familial. Celui-ci handicape la prise en charge du patient hospitalisé réalisée par le personnel. Malgré l'intervention de l'ensemble du personnel et d'un brancardier, il a été très difficile d'apaiser les tensions. Une des personnes en visite en a attrapé une autre par la gorge et l'a collée au mur en proférant des menaces. De nouvelles menaces ont alors fusé des deux côtés et aucun des deux partis n'a voulu s'éloigner de l'autre. Cette déclaration est faite au nom de l'ensemble de l'équipe présente et avec l'accord de notre hiérarchie. La prise en charge devient difficile et nous nous sentons en danger face à une famille en désaccord et qui souhaite que nous prenions parti dans chaque incident.* »

- « *Disparition d'une personne vulnérable sous tutelle. Le fils enlève sa mère hébergée dans un EHPAD sans prévenir les soignants, ni sa sœur qui est à la tutelle. La résidente a fait un malaise après 4 jours de détention obligeant le fils à l'hospitaliser. Transfert dans l'établissement d'origine.* »

Les raisons de la violence ne sont pas toujours explicites. En effet, la « frustration » provoquant la violence n'est pas toujours exprimée. Par ailleurs l'échange n'est pas toujours aisé lorsque certaines personnes âgées perdent progressivement leurs facultés intellectuelles. L'acte gratuit existe aussi. Les violences ont lieu à divers moments de la journée (toilette, change, repas, activités, coucher).

Les violences exercées contre les personnels, qu'elles soient dues à des TPN ou non, ne sont pas sans séquelles psychologiques sur eux. Les formations pratiques à la gestion de l'agressivité verbale et physique se révèlent indispensables. Ces violences sont parfois soudaines comme par exemple lors

[21] Parmi les conflits intrafamiliaux, il existe celui autour du parent âgé en raison parfois de questions financières (héritage, prise en charge financière du séjour) qui peuvent amener les descendants à ne pas s'affronter directement mais par l'intermédiaire des personnels de santé avec, comme conséquence, de les menacer parfois de poursuites judiciaires pour maltraitance et défaut de soins sur le parent âgé. L'injustice de l'accusation ajoutée à la raison mercantile du conflit crée une véritable violence psychologique. Un autre style de conflit peut être dû au fait pour les familles de devoir placer en maison de retraite leur parent âgé (impossibilité pour eux de pouvoir continuer à s'en occuper). Il arrive que cette culpabilité (sentiment d'impuissance et d'abandon) conduise à une attitude de harcèlement envers le personnel qui peut se traduire, entre autres, par une critique de la prise en charge du parent sur des multiples petits détails et dans sa globalité.

d'un soin. Cela demande donc aux soignants d'avoir un esprit de vigilance tout en restant attentif à la personne âgée, particulièrement dans les unités de vie protégée ou unité spécialisée Alzheimer.

- « *Mme Y n'a pas apprécié que son époux soit levé lors de la sieste. Effectivement le lever a été effectué par deux soignants à leur appréciation, M. étant réveillé ++++, souriant et demandeur. Mme Y très dévalorisante envers les soignants, revendicatrice ++, soignants en pleur.* »

- « *Violence sur une professionnelle hors soins. Acte gratuit.* »

- « *Résidente qui a frappé à coups de poings une soignante qui nettoyait sa chambre + insultes.* »

- « *Lors du change, le patient tape l'agent au niveau du visage et lui donne un coup de poing dans les dents. Saignement au niveau de la gencive*. »

- « *Menace et agressivité d'une résidente à la demande du respect des consignes des kinésithérapeutes.* »

- « *Très agressive lors du repas du midi, sans élément déclencheur, nous a tapé, griffé et craché dessus et a agrippé une résidente au cou.* »

- « *Patient agressif lors du change du début de nuit, opposant et violent a donné un coup de pied, coup de poing et a craché plusieurs fois au visage de l'infirmière. Change fait à deux avec l'aide-soignante, elle aussi est agressée. Le lendemain, l'infirmière a un ongle de pied qui saigne.* » (Unité Alzheimer)

Pour des violences entre résidents :

- « *Mme Y a violemment agressé M. X à coup de canne sur la tête accompagné d'injures simplement parce que M. était à table.* »

- « *Alors que la maitresse de maison commençait à servir le gouter dans la salle d'à côté, elle entend parler fort. Elle se rend compte alors qu'une résidente est en train d'agresser la femme d'un résident avec une ceinture de cuir. Cette même résidente part alors déambuler dans les couloirs avec toujours sa ceinture en main car, malgré plusieurs sollicitations le personnel n'a pas pu lui retirer. L'IDE va vers la famille agressée : en fait la résidente a essayé de l'étrangler avec la ceinture de cuir. L'IDE a eu énormément peur et a déclaré qu'un résident n'aurait pu se défendre étant donné la violence et la force de l'acte. Après l'essai de donner la PMA (comprimé) à plusieurs reprises (refus, étant dans son délire, devait rester à jeun, devait aller jusqu'au bout de ce qu'elle avait commencé) après plusieurs essais de dialogues, l'IDE a téléphoné au médecin de garde pour avoir une prescription injectable car au bout de 30 mn la résidente ne se calmait pas, ne voulait toujours pas donner la ceinture plus une canne qu'elle avait substituée au passage. Demande d'aide de 2 soignants de l'étage pour réaliser la contention pour pouvoir lui faire son injection. Devant deux autres nouvelles têtes, la résidente a accepté de les suivre dans un endroit calme, de s'asseoir et la tension a commencé à baisser. Après discussion, elle a accepté de prendre le comprimé de PMA.* »

- « *Plusieurs actes de violence tout au long de la journée de la part d'un résident envers les autres résidents, les soignants, les familles des résidents et le personnel hôtelier. Violent physiquement c'est-à-dire, coups de poings, gifles, coups de pied. Vigilance très accrue pour protéger les résidents et leurs familles.* »

- « *M. X très énervé ce soir, se rend dans son ancienne chambre et s'en prend physiquement à son ancien voisin M. Z. Nous intervenons à 4 membres de l'équipe présente pour le maitriser (125 kgs, 1 m 80). Difficulté énorme pour le remettre dans sa chambre, violence physique avec nous. Appel aux agents de sécurité par Dr X. Présence pendant plus d'une heure de l'agent dans le service. Nous restons à l'étage pour suivre l'évolution de la situation. J'ai réussi à faire une injection IM de tranxene 20, sur PM du Dr W. À partir de 1 h : résident plus calme.* »

Concernant les signalements de violence de la part des familles ou de l'entourage qui conteste l'action des personnels envers leurs parents hébergés. Il arrive que des membres de la famille aillent jusqu'à frapper les personnels :

- « *Le fils d'une résidente du service a insulté, frappé des soignants et détruit du matériel. La nature violente de l'intéressé, déjà signalée aux autorités policières, laissait supposer un tel événement à terme. Dans l'attente du jugement, le juge a prononcé une interdiction de pénétrer dans l'établissement.*»

- « *Appel téléphonique de la fille d'une résidente qui m'abreuve de reproches concernant la prise en charge de sa maman. Elle est très agressive à mon encontre et évoque des informations inexactes, notamment des informations que lui aurait fournies le médecin traitant. Après vérification avec le médecin, il n'a jamais parlé d'état gravissime pour la résidente auprès de sa fille. Elle nous accuse également de ne pas avoir appelé le médecin quand les symptômes de bronchite sont apparus, ce qui est également faux. Je lui demande d'appeler pendant les heures de présence du cadre quand elle a des doléances à formuler et lui demande de ne pas m'agresser par téléphone. Cette dame n'est pas la personne référente de sa maman. L'événement est notifié dans le dossier infirmier.* »

- « *Fils du patient ne comprenant pas les poly pathologies de son père, tenant des propos insultants d'incompétence à l'égard du personnel.* »

- « *Intervention de l'équipe soignante du service à l'encontre d'une fille de patiente qui donne des bonbons aux résidents qui sont en alimentation mixée. Réponse provocatrice à l'interdiction de donner des bonbons aux résidents, agressions verbales, propos outrageants mettant en doute la qualité du travail du personnel du service.* »

On retiendra qu'en gériatrie court-séjour ou encore en SSR l'expression de cette violence verbale et/ou physique est la même :

- « *Une résidente arrivée au SSR a des troubles cognitifs, elle veut alimenter des résidentes qui sont en repas mixés, veut les faire boire alors qu'elles prennent de l'eau gélifiée, a déjà giflé des résidentes, agressé une ASH en la bloquant dans une chambre "tu peux appeler au secours personne ne viendra te sauver". Rentre la nuit dans les chambres voisines : débranche la TV, fouille dans les placards... demande de séjour de répit fait à* [telle ville] *: en attente d'admission sa famille sait qu'il faudra trouver une structure plus adaptée. Un rdv avec le médecin et le cadre est prévu au retour de congés du fils début septembre. Le psychiatre qui devait venir hier et qui devait voir cette résidente n'est pas passé ce matin. Nouvel épisode veut donner du jus d'orange à une résidente.* » (SSR)

- « *Patient en SSR Alzheimer en état d'agitation extrême, 4 soignants pour le contentionner au lit, donne des coups de pied, crache à la figure des soignants, donne des coups de tête, des coups de poing à un soignant dans la mâchoire et par ripage au tibia sur le même soignant. Appel du gériatre de garde. Injection d'hypnovel.* »

- « *Patient pathologie Alzheimer, couché dans le lit d'une autre résidente, discussion et négociations pour qu'il se lève, essai de désamorcer le conflit par la parole, pas de toucher car n'aime pas ça. Au moment où il accepte de se lever il me donne un coup de poing au visage.* » (UHCD/UHTD)

FOCUS sur les services des urgences [22]

Les services des urgences sont, par définition, un lieu de passage, d'accueil permanent et ouvert à toutes les souffrances, crises, stress et frustrations. Il est logique qu'un nombre important de déclarations en émanent.

Les manifestations de violence y sont de nature et de gravité différentes, les agressions verbales y sont quotidiennes (82%), et les agressions physiques nombreuses (18%) – 81%/19% en 2016. (v. tableaux 7 et 8, pp. 24-25). Pour les cas les plus graves, dont la presse se fait l'écho, il s'agit de scènes très violentes et traumatisantes (délinquants de bandes rivales qui se retrouvent aux urgences, évasion/ou tentative d'un gardé à vue ou d'un détenu avec la présence de complices et même parfois d'un commando armé, intrusion à plusieurs personnes pour chercher un blessé par arme, gazage lacrymogène du service, personnes ivres, toxicomanes, personnes menaçantes avec armes blanches, etc.).

Les comportements d'incivisme et antisociaux pèsent aussi sur le quotidien des urgentistes. Le manque de respect élémentaire et de savoir-vivre ressort des signalements. Les forces de l'ordre sont souvent conviées à intervenir en urgence.

- « *Le service sécurité a été déclenché par les urgences pour un patient qui se sauvait alors qu'il était en attente de voir un médecin et d'être auditionné par la gendarmerie à la suite d'un accident de la circulation. L'agent de sécurité se déplace et rattrape le patient avant la sortie de l'enceinte de l'établissement. Ayant quelques difficultés à le faire revenir aux urgences, il demande le renfort de son collègue. Face à l'agressivité montante du patient l'agent de sécurité a bloqué ce dernier au niveau des bras pour éviter tout geste dangereux et l'inciter à retourner aux urgences. Arrivé devant l'accueil des urgences l'agent a été victime de coups au visage, de crachats, d'injures de la part du patient. Il a également proféré des menaces de mort à l'encontre de l'agent et de sa famille. Plainte déposée. Convocation en justice.* »

- « *Patient contentionné à sa demande pour des idées suicidaires. Déjà venu la veille et avait déjà fugué. Revenu car avait avalé des médicaments avec de la lessive, ainsi qu'une phlébotomie. Suture faite par le médecin, avec pansement et perfusion posée. A tout arraché et a réussi à se détacher. Violent verbalement et physiquement contre l'équipe. A réussi à s'enfuir. Commissariat de police avisé.* »

- « *Mme Y se plaint d'attendre depuis 3 heures, elle consulte pour une piqûre d'insecte de mercredi (en train de se dissiper). Se plaint que des ambulances sont passées avant. Insulte la secrétaire. Le cadre de santé du service essaie de temporiser au mieux en lui expliquant qu'une équipe était partie en SMUR depuis le matin et qu'il y a beaucoup d'urgences à prendre en charge. Le cadre de santé lui demande de respecter le travail des agents et les patients qui l'entourent en salle d'attente. Les autres patients lui demandent aussi de se calmer gentiment et de respecter le travail des équipes. Elle se met*

[22] « *En 2015, les 723 structures des urgences françaises ont pris en charge 20,3 millions de passages, soit 3 % de plus qu'en 2014. Cette progression prolonge la tendance observée depuis vingt ans. En 1996, le nombre de passage aux urgences s'établissait en effet à 10,1 millions pour la France métropolitaine et a augmenté ensuite, régulièrement, de 3,5 % par an en moyenne.*

Les structures des urgences accueillent chacune en moyenne 28 000 patients par an, avec un nombre moyen de passages plus faible dans les services pédiatriques que dans les structures des urgences générales (25 000 passages en moyenne par an, contre 28 500). 18 % des passages aux urgences sont pris en charge par le secteur privé (pris dans sa globalité), une part qui a progressé dans les années 2000 pour se stabiliser depuis 2010.

Les petites unités sont les plus nombreuses : 22 % des unités d'urgences traitent moins de 15 000 passages par an et deux structures sur trois, moins de 30 000. À l'opposé, 20 % des structures enregistrent plus de 40 000 passages par an et traitent 40 % de l'ensemble des passages.»
Source : *Panorama des établissements de santé,* Édition 2017, p. 10. DREES.
http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/es2015.pdf

alors à insulter un patient et se met à faire des bras d'honneur à la cantonade. Elle se met à hurler que nous sommes "des enf… et des bons à rien". Son mari essaie de la calmer, elle le frappe et l'insulte et part en faisant un scandale et en nous injuriant sous le hall. Le cadre de santé s'excuse auprès des patients qui assistent à la scène. Tous nous assurent leur soutien. »

- « *À 5h50 un patient a été reçu aux Urgences suite à une bagarre. Son agresseur est venu aux Urgences muni d'un Katana dans l'optique de le tuer. Les personnels ont fermé les portes des Urgences à clé, le personnel a été sécurisé et les services de Police ont été appelés. La police est intervenue rapidement et a géré la situation.* »

- « *Avec l'aide du personnel hospitalier, les agents de sécurité ont réussi à contentionner le patient sur un brancard. Les forces de l'ordre sont arrivées à ce moment-là.* »

- « *Patient agressif envers le personnel soignant et sécurité. Celui-ci a vidé son urinoir sur le matériel informatique (PC, écran, clavier, imprimante). Le matériel est HS. Plainte déposée.* »

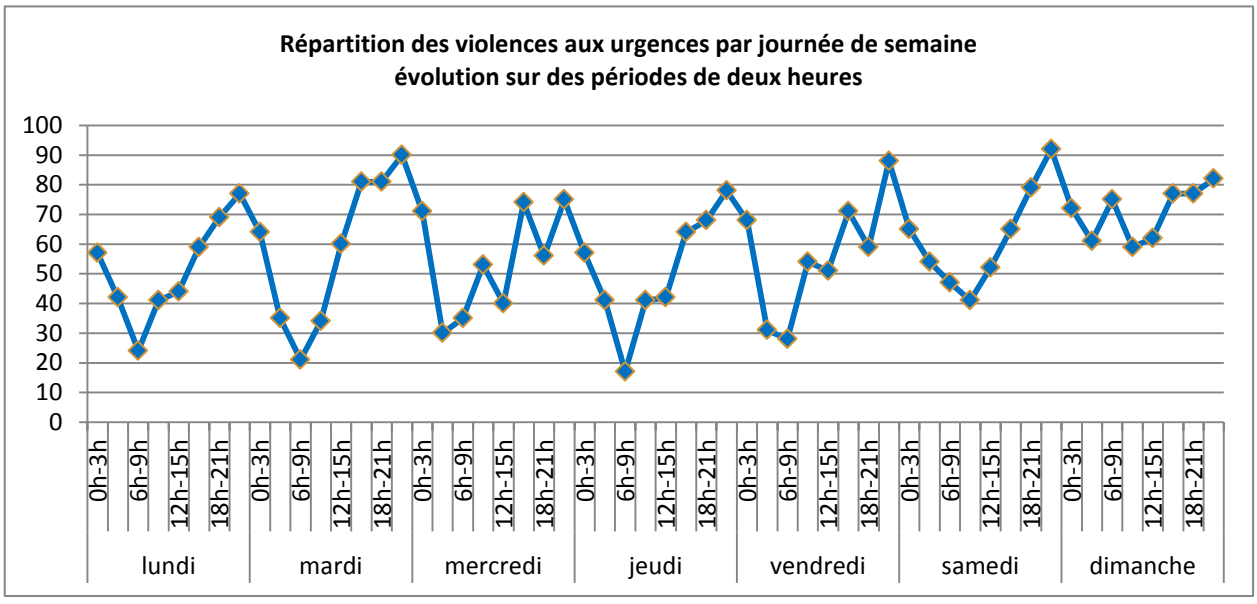
À la différence du secteur psychiatrique confronté aux problèmes de violence principalement en journée, les urgences sont affectées de jour comme de nuit. Le personnel de santé en est la principale victime, mais l'agression n'est pas toujours le fait du seul patient. Les accompagnants (familles, visiteurs) sont aussi en cause.

- « *Un accompagnant est venu faire la sortie de son enfant, il n'avait plus de CMUC (Couverture Maladie Universelle Complémentaire) à la date des soins. Je lui demande le règlement du TM (Ticket Modérateur). Il a commencé à m'insulter et à me menacer de mort et de m'attendre à la sortie de mon travail.* »

- « *Un visiteur force le passage pour rentrer aux urgences, regarde dans tous les box de soins à la recherche d'une personne. Quand il est interpellé, il hurle, insulte et tient des propos racistes.* »

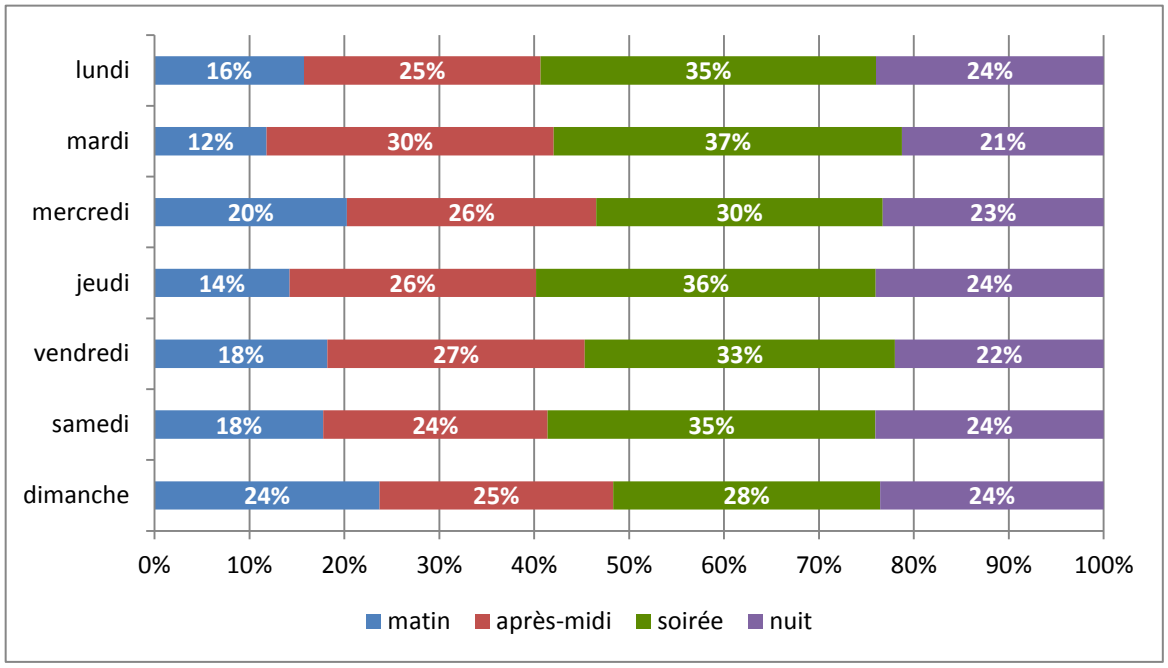
- « *Un homme voulant récupérer sa femme aux urgences sans vouloir faire les papiers de sortie avant de rentrer son véhicule suivant la consigne, est sorti de son véhicule et a poussé l'ADS et M. X de la société* [de sécurité] *et en même temps l'a insulté de fils de p…* »

Graphique 13. Violences aux urgences selon le moment de la journée (tranche horaire)



Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement

Graphique 14. Violences aux urgences selon le moment de la journée (pourcentage)



Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement

Le graphique et le tableau précédents donnent un aperçu des signalements de violence par tranche horaire et pourcentage. La tranche minuit - 6 heures apparaît toujours comme moins sujette aux violences tandis que les autres tranches sont affectées, surtout celle de fin d'après-midi jusqu'à minuit. Les nuits du weekend représentent un facteur de risque plus important pour les soignants. En effet, durant ces nuits, il apparaît clairement une surreprésentation des patients sous l'emprise de l'alcool et de drogues qui sont des facteurs importants de passage à l'acte violent. Ces risques particuliers caractéristiques sont bien connus des soignants. Des mesures particulières sont souvent prises, comme le renforcement des équipes, le recrutement de médiateurs, d'agents de sécurité ou de maîtres-chiens.

Les raisons conduisant à ces violences sont variées : attentes, incompréhension sur les priorités (gravité des cas et non pas ordre d'arrivée des patients), inquiétudes sans réponse de la part des personnels concernant la prise en charge des personnes à risque (éthylisme, toxicomanie, psychiatrie…), contestation du fonctionnement administratif des urgences, conception architecturale des lieux inadaptée, installations et matériels défectueux (distributeurs en panne, toilettes hors service, ceintures de contention…), organisation perfectible.

- *« Alors que j'étais en train de m'occuper d'un patient entrant à l'accueil, le fils ou petit fils de Mme Y a ouvert la porte avec furie, bousculant les patients dont je m'occupais à l'accueil et s'est mis à me hurler dessus avec des propos plus qu'insultants (… j'en passe et des meilleurs) car Mme Y pouvait "crever" puisqu'elle attendait depuis plusieurs heures en salle d'attente (le service de soin était plein et l'état de santé de Mme Y non inquiétant). Ne comprenant pas ce qu'il se passait, je lui demande poliment de se calmer. Interpelé par ses hurlements, mon collègue brancardier est venu auprès de moi, en lui demandant également de se calmer. Le monsieur ne se calmait pas, il était toujours aussi insultant et nous a tous deux menacés de mort !! Il nous a également dit que s'il venait à arriver quelque chose à Mme Y, il reviendrait tout casser dans le service et par la même occasion, nous "crever" ! »*

- *« Un patient qui refuse de patienter fait un scandale, arrache les câbles d'un ordinateur et le casse. »*

- *« Un patient a injurié un médecin qui refusait de lui délivrer un arrêt maladie. »*

- *« Après installation au box C côté traumato, le petit frère du patient en question rentre dans le box sans accord du personnel. Je me rends donc dans le box, trouve le patient et son frère dans le box et leur explique que le frère peut rester 2 min mais qu'il sera raccompagné vers la sortie. Le patient me répond avec virulence : "c'est mon petit frère, tu casses la tête. Casse-toi, lui il reste". Je lui explique encore une fois que le petit frère ne peut pas rester dans le box. Le patient s'énerve se lève du brancard et me ferme la porte au nez violemment. Je mets donc mon pied pour bloquer la porte et raccompagne le petit frère qui se dirigeait vers la sortie. Le patient me suit en m'insultant et disant à son frère de rester. Le petit frère sort son téléphone et je constate qu'il filme mes collègues ainsi que moi-même à notre insu. Je me dirige alors vers le petit frère en lui disant d'arrêter de filmer, mettant ma main devant la caméra de son téléphone quand SOUDAIN le patient M. X marche rapidement et menace de me frapper en me disant "tu ne touches pas à mon frère, je vais te n…, tu ne me connais pas, j'ai fait de la prison, je vais t'attendre s'il le faut à minuit, je vais te séquestrer, je vais te trouver, je vais te taper même si t'es une femme". Mes collègues et la sécurité se sont donc interposés pour essayer de calmer la situation. J'ai alors raccompagné le petit frère vers la sortie et le patient est retourné dans son box. Main courante déposée. »*

Les violences aux urgences sont particulièrement mal vécues non seulement par les soignants mais aussi par tous les personnels qui y travaillent (personnel administratif…), les autres patients, et génératrices d'un fort sentiment d'insécurité. Les soignants parlent alors d'effet « *contaminant* ». Ces violences ne sont pas forcément liées à la pathologie du patient. Elles sont souvent importées ou la conséquence de facteurs multiples dont sont la cible les personnels présents.

- *« Médecin de garde jusqu'à minuit, prend en charge un patient venant très souvent aux urgences vers 23h00. Le patient a commencé à agresser verbalement le médecin, lui fait des reproches sur son travail. Le patient réclame de façon agressive des examens. Le médecin accepte de lui faire faire ces examens. Le médecin prescrit des produits de perfusion pour calmer la douleur du patient, mais celui-ci les refuse car il souhaite avoir du MEOPA. Le patient dit au médecin de façon agressive et menaçante que c'est lui qui décide son traitement. Et lui dit "tu vas voir toi, tu vas voir" ! Il s'est alors levé du brancard, s'est approché du médecin et a menacé le médecin de le violenter s'il ne faisait pas ce qu'il voulait. Le médecin finissant sa garde, donne les transmissions et part. En partant, il constate que le patient n'est plus dans son box. Le médecin se dirige vers sa voiture. Sur le parking il constate qu'un véhicule avec une personne à l'intérieur attendait à côté de la porte du parking. Le médecin a quitté le parking faisant route vers son domicile et s'est aperçu que ce véhicule le suivait. Il a alors fait demi-tour vers l'hôpital et le véhicule a continué à le suivre jusqu'à proximité de l'établissement. 2 jours après, le patient est revenu aux urgences et il a reconnu avoir suivi le médecin avec son véhicule pour lui faire peur. Dépôt de plainte, instruction ouverte. »*

Comme l'expriment les personnels dans ces extraits de signalements, toute cette violence génère[23] :

- ✓ *« Désorganisation dans la prise en charge du patient et des autres patients »*
- ✓ *« Démoralisation du personnel »*
- ✓ *« Perte de temps et mise en danger pour les agents dans un contexte de charge de travail élevée »*
- ✓ *« Mobilisation chronophage de l'équipe médico paramédicale entière »*
- ✓ *« Stress participant à l'épuisement des professionnels »*
- ✓ *« Sentiment d'avoir était agressé gratuitement dans l'exercice de ses fonctions »*
- ✓ *« Atteinte psychologique (stress, cauchemar), difficulté d'évacuer la scène et de plus en plus de mal à se rendre à son poste »*
- ✓ *« Stress pour tous les autres patients »*

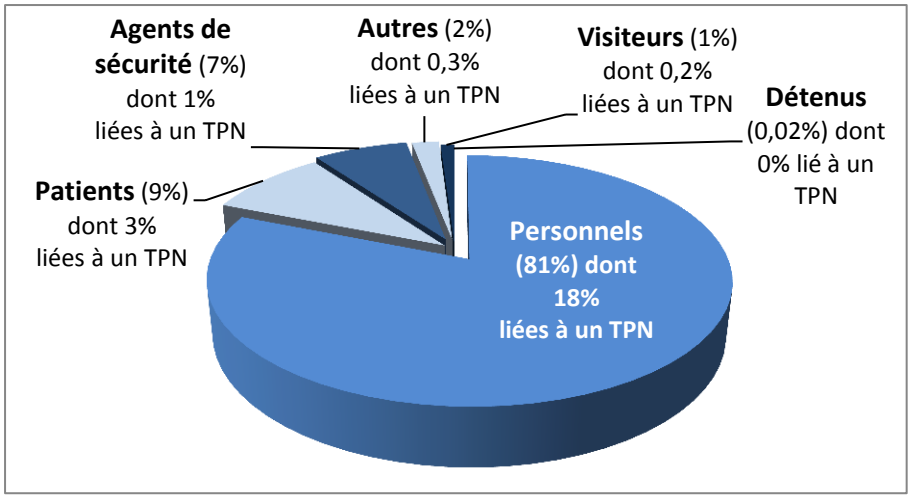
[23] Les Urgences ne sont pas les seules unités à connaître ce genre de sentiments, d'impressions et de ressentis.

II. ANALYSE DES VIOLENCES ENVERS LES PERSONNES

II.1 Typologie des victimes

36 288 victimes d'atteintes aux personnes et aux biens ont été recensées par l'ONVS, soit 31 386 victimes d'atteintes aux personnes et 4 892 victimes d'atteintes aux biens.
6 860 des 36 288 victimes le sont à raison des deux types d'atteintes.
Une victime peut-être comptabilisée 2 fois (1 fois pour atteinte aux personnes, 1 fois pour atteinte aux biens.

Graphique 15. Répartition des victimes d'atteintes aux personnes

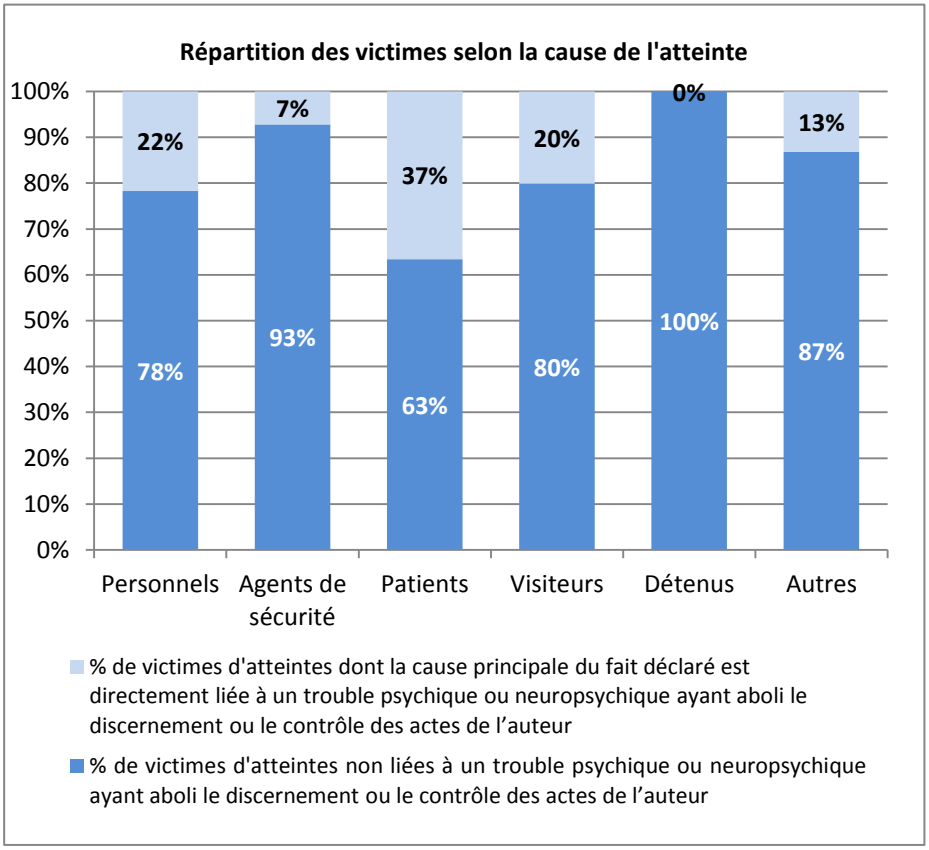


Personnels	25303
Patients	2 899
Agents de sécurité	2 215
Autres	666
Visiteurs	298
Détenus	5
TOTAL	31 386

Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement

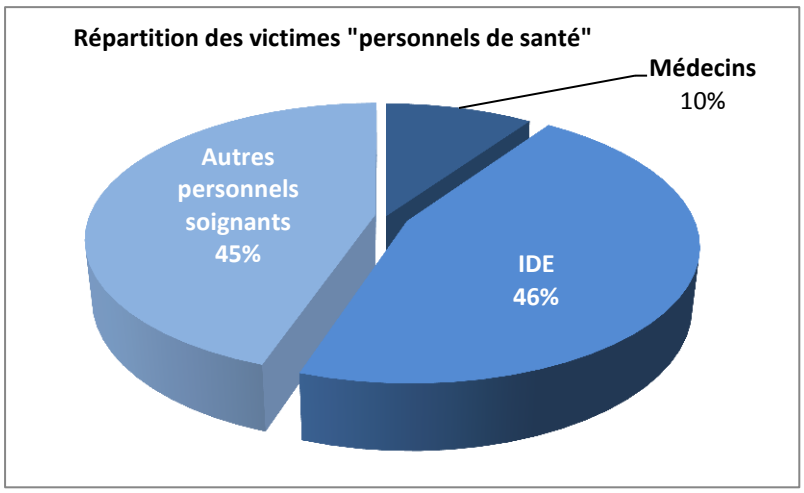
Graphique 16.

Répartition des victimes par catégorie en différenciant les atteintes en raison d'un TPN



Graphique 17. Répartition des victimes « personnels » : santé et administratif

Le « personnel de santé » représente 94 % de la catégorie « personnel » réparti ainsi :

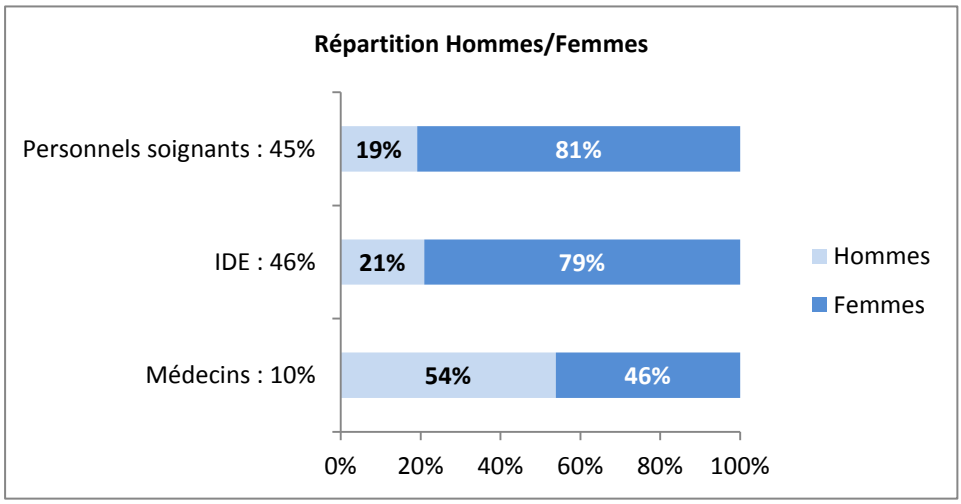


Médecins	2 309
Infirmiers	10 835
Autres personnels soignants	10 648
TOTAL	23 792

Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement

Le « personnel administratif » représente 6% (soit 1 511 victimes : 138 hommes - 1 373 femmes) de la catégorie « personnel ». Il est constitué majoritairement de personnels affectés à l'accueil.

Graphique 18. Répartition des victimes « personnel de santé » selon le sexe (pourcentage)



Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement

Tableau 12. Répartition des victimes « personnel de santé » selon le sexe (chiffres)

	Hommes		Femmes		Total
Médecins	1 243	54%	1 066	46%	2 309
Infirmières	2 266	21%	8 569	79%	10 835
Autres personnels soignants	2 040	19%	8 608	81%	10 648
TOTAL	**5 549**		**18 243**		**23 792**

Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement

La répartition en fonction du sexe montre le pourcentage très élevé de femmes victimes dans les deux catégories « infirmières » et « autres personnels soignants ». Le taux de féminisation, toutes spécialités et modes d'exercice confondus est de près de 45% pour les médecins, de près de 87 % pour les infirmières et de 89 % pour les aides-soignantes.[24]

Les aides-soignantes représentent l'immense majorité des déclarants de violences de la catégorie « autres personnels soignants ».

Il apparaît qu'à l'hôpital, proportionnellement, les femmes déclarent moins de faits violents que les hommes. En revanche, en valeur, les femmes sont davantage victimes de faits violents que les hommes.

Toutes victimes confondues, les atteintes aux personnes ont généré :
4 725 jours d'arrêt de travail sur 2 062 signalements mentionnant les arrêts de travail, [25]
513 jours d'incapacité totale de travail (ITT) sur 1 614 signalements mentionnant l'ITT.

Le bilan social des établissements publics de santé sociaux et médico-sociaux (2014) [26] mentionne que la 4e cause d'arrêt de travail rapportée par les établissements est due au contact avec un malade agité.

> ✓ **Remarque 10** **CONFUSION ENTRE « L'ITT » (INCAPACITÉ TOTALE DE TRAVAIL) et « L'AT » (ARRÊT DE TRAVAIL).** Au sens pénal, « *L'ITT se définit comme la durée en jours pendant laquelle une personne n'est plus en mesure d'effectuer normalement les gestes courants de la vie quotidienne (manger, s'habiller, se laver, se coiffer, conduire une voiture, faire ses courses). Dans l'ITT, l'incapacité n'est pas totale : elle n'implique pas nécessairement l'incapacité à accomplir certaines tâches ménagères mais* ***prend en compte une gêne significative.***
>
> ***Elle ne concerne pas l'activité professionnelle de la victime mais ses activités usuelles : elle peut donc être différente de l'arrêt de travail. (…)*** *L'ITT peut ainsi être fixée même si la victime n'a pas d'activité professionnelle (enfant, retraité, chômeur…).*
>
> ***(…) L'évaluation de l'ITT s'applique à toutes les fonctions de la victime, c'est-à-dire aux troubles physiques mais aussi psychiques. La prise en compte des effets psychologiques est difficile à « chaud « et peut nécessiter une réévaluation à distance*** *(un syndrome de stress post-traumatique peut survenir 15 jours à 6 mois après les faits sans corrélation avec l'importance des lésions physiques initiales). (…) L'ITT est fixée à dater des faits* «. [27]

[24] Source : pour les médecins et les infirmiers, DRESS, 2017 www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx
[25] Il serait intéressant d'évaluer le coût économique des violences à partir des motifs qui ont généré les arrêts de travail.
[26] Source : *Bilan social des établissements publics de santé sociaux et médico-sociaux,* p. 79.
http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_bilan_social_2014_-_vf.pdf
[27] Source : http://www.urgences-serveur.fr/certificat-medical-descriptif-d,1124.html
L'ITT est une notion pénale qui permet de qualifier la gravité de l'infraction. Pour plus de précisions sur l'ITT, v. Guide pratique ONVS « *La prévention des atteintes aux personnes et aux biens* », p. 61.
http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_onvs_-_prevention_atteintes_aux_personnes_et_aux_biens_2017-04-27.pdf

II.2 Typologie des auteurs

20 369 auteurs de violences aux personnes ont été signalés dans la plateforme ONVS.
Dans 90% des cas, les auteurs des violences étaient des patients (14 366) ou des visiteurs et accompagnateurs (4 047). Les patients auteurs sont 21% à avoir commis une atteinte en raison d'une pathologie. Ce taux est à 20% pour les visiteurs ou accompagnateurs.

Au sein de la catégorie des « Personnels », la répartition par profession et sexe est déterminée ainsi (sachant que le taux de féminisation est moins fort pour les médecins et les agents de sécurité) :

- médecins…….. 182 hommes 43 femmes
- IDE…… 27 hommes 69 femmes
- autres personnels soignants... 71 hommes 152 femmes
- personnels administratifs……. 32 hommes 40 femmes
- agents de sécurité…….. 55 hommes 0 femme

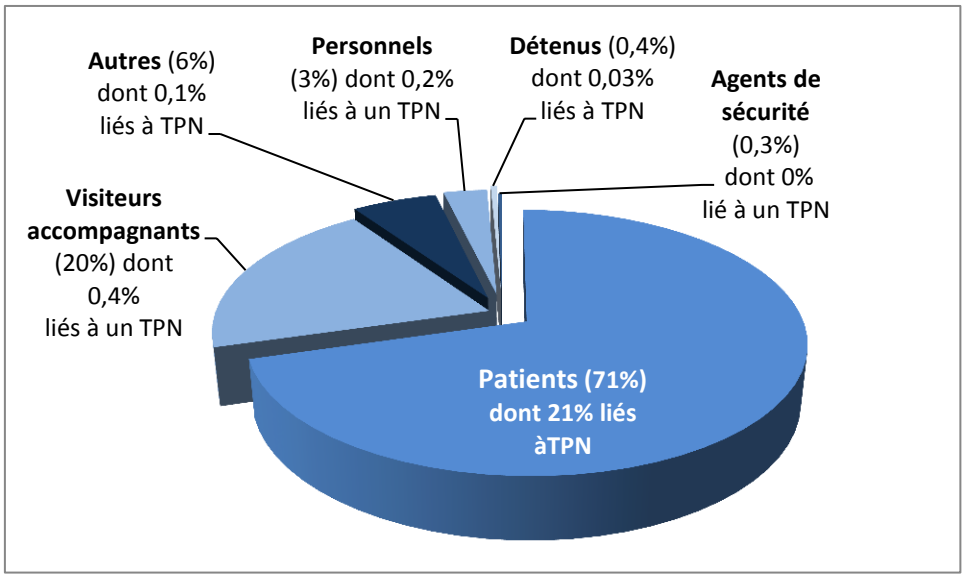
Tableau 13. Typologie des auteurs

	Hommes		Femmes		Total	
Personnels	312	51%	304	49%	**616**	**3%**
Patients	10 054	70%	4 312	30%	**14 366**	**71%**
Visiteurs accompagnants	2 642	65%	1 405	35%	**4 047**	**20%**
Autres	935	78%	259	22%	**1 194**	**6%**
Détenus	82	90%	9	10%	**91**	**0,4%**
Agents de sécurité	55	100%	0	0%	**55**	**0,3%**
TOTAL	**14 080**		**6 289**		**20 369**	**100%**

Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement

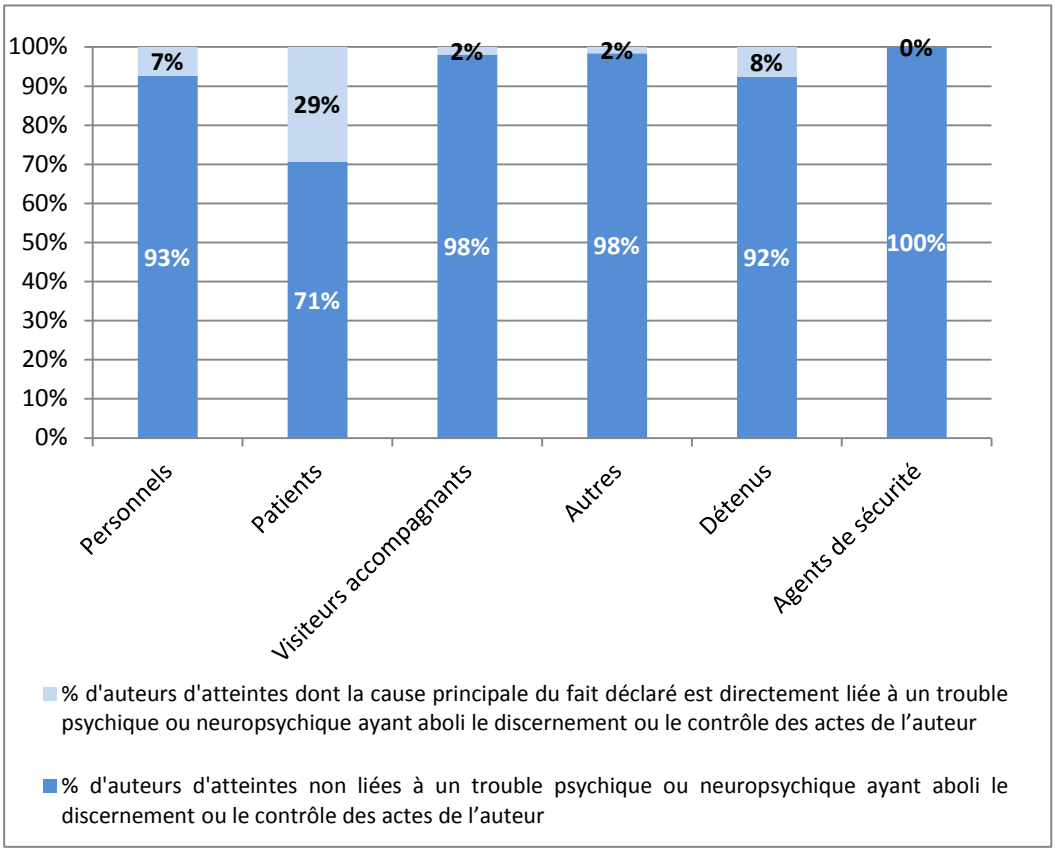
On constate pour l'ensemble de la catégorie des « Personnels » une quasi parité, ce n'était pas le cas en 2016 (57%/43%), tandis qu'on a de fortes variations dans la proportion hommes/femmes par catégorie. Pour les 5 autres catégories d'auteurs, les hommes sont très fortement majoritaires.

Graphique 19. Répartition des auteurs d'atteintes aux personnes (pourcentage)



Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement

Graphique 20. Répartition des auteurs par catégorie en proportion des atteintes dues à un TPN



Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement

Les violences signalées ayant pour auteurs des médecins hommes ou femmes, sont des violences soient entre médecins, soit avec d'autres personnels et sont essentiellement des violences verbales : critiques incessantes et reproches sur l'inaptitude professionnelle réelle ou supposée des pairs ou des collaborateurs, attitude hostile, propos grossiers, dénigrement permanent en privé ou devant le public du travail effectué avec d'autres professionnels ou personnels de santé. Ces violences peuvent s'orienter vers du harcèlement moral. Les conflits de personnalité, de pouvoir et de rivalité exacerbent ces violences qui affectent durablement les conditions de travail.

Le ressenti des personnels s'exprime parfois ainsi : « *Comportement dégradant, et odieux. Humiliations. Détruite psychologiquement. L'agent très stressée, s'est effondrée.* »

- « *La cadre de santé a été appelée par la secrétaire d'urologie pour rajouter une patiente sur une vacation le mardi en salle Z. Celle-ci étant déjà pleine, la cadre propose une place la semaine suivante. Le médecin rappelle la cadre et l'informe que c'est une urgence. La cadre lui propose de mettre la patiente en salle Y ce jour ou mardi si c'est une urgence différée. Le médecin attend la cadre devant son bureau en furie, l'injurie et la prend par le bras devant plusieurs témoins pour qu'elle le suive. Devant ce comportement inadapté, la cadre en réfère au chef du service.* » (Bloc opératoire)

- « *Comportement inapproprié d'un médecin avec certaines personnes du standard.* » (Standard)

- « *Litige en salle lors du compte final des compresses.* […] *Cet épisode est signalé ce jour car il est récurrent. Le chirurgien adopte un comportement inadapté à l'égard des IBODES : pression pour rentrer les patients (le fait lui-même sans attendre que la salle soit opérationnelle, première partie de*

la check-list non complétée), non-respect des valeurs professionnelles des IBODES ; propos non respectueux voire grossiers et humiliants ; comportement irrespectueux (conseille à ses internes de jeter le matériel au sol car "on n'est pas là pour la politesse"). […] *Ce type de comportement est répété devant la majorité de l'équipe qui envisage de refuser de travailler avec lui. Plusieurs IBODES ont déjà pris cette décision.* » (Bloc opératoire)

- « *C'est un vendredi où était programmé un surplus d'examens externes. Comme tous les vendredi je suis seule radiologue en poste et réponds aux différentes demandes d'examens programmés et non programmés. J'ai été agressée verbalement par le médecin en poste ce jour aux urgences.* […] *En fin de matinée, il est venu me demander une échographie (suspicion de pyélonéphrite) et il m'a précisé que ça pouvait attendre le début de l'après-midi. J'ai pu la prendre après la pause-déjeuner, en 2ème position après un patient externe. Le compte-rendu était fait, signé et remis aux urgences. Il est venu me voir après avoir eu le résultat, pour me reprocher de ne pas avoir fait l'examen plus tôt. Il m'a menacée avec un doigt inquisiteur en me disant qu'aux urgences ils avaient un problème avec moi. Il est reparti sans essayer d'écouter mes difficultés avec mon planning du jour, en me criant dans le couloir devant les patients présents et le personnel du service "vous êtes incompétente".* […] *Je ne peux envisager à l'avenir de collaboration avec ce médecin et sollicite le droit de retrait, en raison du climat qu'il a instauré.* […]. *Mon analyse porte sur l'organisation paramédicale et donc uniquement sur les programmations d'examens. Il me semble que le reste du problème est médical.* » (Radiologie)

- « *Altercation d'une femme médecin avec un confrère psychiatre qui l'a insultée à plusieurs reprises de "petite p…" devant collègues et patients. Événement ayant fait l'objet d'un signalement en interne et d'une proposition de prise en charge par le psychologue du travail.* » (Urgences)

- « *Le brancardier a essuyé les foudres de l'anesthésiste de* [tel établissement] *car il n'y avait pas le dossier d'anesthésie. L'anesthésiste a tout envoyé balader ce qu'il y avait sur le brancard (trousse de toilette, dossier, la fiche de liaison et les médicaments du patient) et sur le brancardier tout cela devant le patient. Le brancardier lui a répondu sur le même ton, car cette personne ne respecte pas le personnel et hurle sans écouter les explications. Ce manque d'humanité et ce non-respect a choqué ce jeune brancardier.* » (Bloc opératoire)

Il arrive que l'altercation aille jusqu'au dépôt de plainte :

- « *En désaccord sur la prise en charge d'un patient, 2 personnels* [médecins] *s'agressent verbalement et violemment. Dépôt de plainte* [effectué par la femme médecin]. » (Bloc opératoire)

- « *Propos délétères à répétition entre un praticien et une IDE du CSAPA secteur addictologie entrainant arrêts maladie des deux côtés et déclarations de violence, voire de harcèlement.* […] *Nous prenons ce sujet très au sérieux car nous ne sommes pas loin d'un harcèlement mutuel.* » (Addictologie)

En ce qui concerne des violences physiques, il a été signalé à l'ONVS le cas d'un médecin qui a très violemment frappé sa collègue, chef de service, à la suite de difficultés concernant l'organisation du service. On retiendra également le signalement suivant :

- « *Chirurgien exige une aide opératoire sur les abcès. Refus du cadre. Violence verbales de la part du chirurgien suivi d'agression physique. Cadre de bloc agressée physiquement et verbalement par un chirurgien orthopédiste remplaçant.* »

Entre d'autres catégories de personnels les violences signalées sont essentiellement des violences verbales, voire de harcèlement moral. Un signalement évoque un « *Problème de confraternité* » entre personnels de même catégorie.

- « *Harcèlement verbal de la part de la responsable des agents et des plannings. Cette responsable a harcelé verbalement l'agent toute la semaine. Je cite : "Elle me rabaissait sans arrêt en me parlant très très mal sur un ton très sec. Jamais un sourire, le regard très dur et toujours fixé sur moi. Elle se mettait derrière moi les bras croisés pour me regarder travailler. Certaines de mes collèges étaient témoins et elles lui ont fait la réflexion de me parler un peu plus gentiment. Cette semaine a été vraiment difficile psychologiquement. Je venais travailler "la boule au ventre". Je dormais difficilement. Tout ceci m'a empêché de m'épanouir sur ce poste. La cadre supérieur en a été informée".* » (Blanchisserie)

Pour autant, on notera ces deux signalements de menaces de mort :

- « *Menaces de mort d'une aide-soignante du pôle gériatrie sur une infirmière après que celle-ci a dénoncé à la hiérarchie cette aide-soignante pour des faits de maltraitance sur un patient.* » Plainte déposée par l'IDE. Arrêt de travail de 15 jours. » (Gériatrie court séjour)

- « *De façon anonyme, des menaces de mort envers la cadre du service ont été inscrites sur son vestiaire. Dépôt de plainte fait au commissariat.* » (Vestiaire)

Et également cet échange de coups :

- « *Suite à un passage de consignes entre collègues, l'une des 2 considère que les consignes données sont insuffisantes. Elle interpelle sa collègue et s'en suit des coups.* » (Lieu non précisé)

II.3 Les motifs de violence

Cette information sur les motifs des violences et incivilités a été renseignée dans 45% des cas.

Motifs	Nb	%
Reproche relatif à une prise en charge	5 104	58,8%
Temps d'attente jugé excessif	1 148	13,2%
Alcoolisation	1 074	12,4%
Refus de prescription	333	3,8%
Règlement de compte	455	5,2%
Diagnostic non accepté	231	2,7%
Drogue	268	3,1%
Suicide	70	0,8%
	8 683	**100%**

Tableau 14. Les motifs de violence
Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement

Le reproche relatif à la prise en charge du patient continue d'être le principal motif de reproche. Le temps d'attente arrive en deuxième position mais de façon bien moindre.

Tous ces motifs nécessitent une analyse des causes profondes des violences et incivilités par les établissements afin de déterminer les mesures à mettre en place qui sont du domaine de la prise en charge et du parcours du patient ainsi que du domaine de la sécurité.[28]

Il faut retenir un 9e motif désigné sous le terme « Autres », qui comporte des situations très diverses. 55 % des motifs de violence concernent cette catégorie. Parfois la raison n'est pas précisée du tout ou de façon très succincte, ne permettant pas d'identifier valablement un quelconque motif. À la fin de cette partie, certains motifs sont évoqués.

[28] Le guide ONVS précité en introduction évoque cette analyse en détail. L'ONVS se déplace auprès des établissements qui le souhaitent pour les aider dans cette réflexion et cette prise de conscience et envisager avec eux des solutions.

Les exemples qui suivent répertorient les types de violence et d'incivilités dans les catégories évoquées dans le tableau, quel que soit le type d'unité ou de service. Certains signalements peuvent comporter plusieurs motifs. L'OVNS détaille plus précisément cette année ces motifs de violence.

1- <u>Reproche relatif à une prise en charge</u>

Les motivations sont diverses et peuvent être réparties de la sorte.

1-1 Un état second (alcool, drogue, médicaments syndrome dépressif avec idées suicidaires…) qui génère de la violence verbale et physique et des menaces en raison d'une perception tronquée de la réalité de la prise en charge. Le personnel de santé rencontre des difficultés pour discuter dans des conditions sereines et se faire comprendre.

- « *Un patient se rendant à sa consultation (en retard) alcoolisé a exigé d'être reçu immédiatement. Face au refus, celui-ci s'est montré menaçant et insultant* ». (Addictologie)

- « *Patient suivi dans la structure, appelle pour s'excuser de ne pouvoir venir à un rdv. Info prise en compte, puis demande confirmation du prochain rdv qu'il pense avoir avec le médecin. La secrétaire lui confirme la date du prochain rdv et lui précise que ce rdv n'est pas prévu avec le médecin mais avec la psychologue. À partir de ce moment le patient s'énerve, devient incohérent et confus dans ces propos, impossible à calmer et crie sur la secrétaire pendant 10 minutes. Ne parvenant pas à renouer le dialogue, la secrétaire lui propose de discuter avec sa psychologue. Le patient accepte puis raccroche au nez de la psycho sans discuter avec elle. Patient connu pour une pathologie psychiatrique.* » (Addictologie)

- « *Multiples appels de la part d'un couple demandant une ordonnance pour un traitement de substitution aux opiacés à tour de rôle, M. et Mme appellent sur le standard du CSAPA en s'énervant. Échanges impossibles, très agressifs dans le propos, menaces sur notre éthique professionnelle en évoquant les possibles répercussions sur leur santé ("ça sera de votre faute si nous re-consommons"). Au vu des difficultés d'échange avec le couple, tentative d'apaisement par un autre professionnel. Communication impossible. M. et Mme critiquent le fonctionnent du service tout en embolisant le standard (temps estimé à 1/2 heure).* » (Addictologie)

1-2 Une impatience/incompréhension du patient et/ou de l'accompagnant du fonctionnement du service ou encore des droits et devoirs des patients

- « *Manque de respect d'une famille ; non-respect des consignes données par les professionnels (nombre de visite dans le service). Famille occupe le couloir du service.* » (Médecine)

- « *Un individu transporté par les pompiers aux urgences exige d'être ramené par les pompiers en ambulance ou en VSL (pathologie n'entrant pas dans ce cadre).* » (Urgences)

- « *Le patient insulte la clinique car la secrétaire lui demande le règlement des frais d'hospitalisation.* » (Accueil standard)

- « *Le père d'une fillette n'a pas accepté qu'on lui demande de présenter une pièce d'identité ni qu'on le questionne. Il a menacé et insulté l'agent d'accueil.* » (Urgences)

- « *Une mère d'une patiente a insulté violemment un manip radio en raison d'une problématique de prise de RDV.* » (Service non précisé)

- « *Appel du fils de la patiente X hospitalisée dans le service de module. Son fils demande à avoir sa mère au téléphone. Devant le refus de la soignante, puisque la consigne du module ne le permet pas, devient très insultant. Malgré la proposition de lui faire passer un message écrit ou verbal, son fils n'arrête pas les insultes.* » (Psychiatrie)

- « *Personne amenant son fils aux urgences pédiatriques. Elle s'est présentée à l'agent d'accueil des admissions des urgences afin de faire les formalités du dossier de son fils. Est devenue agressive, insultante verbalement* […], *allant jusqu'à dire qu'elle me retrouverait pour me "casser la g…"... Car elle s'était présentée dans la nuit de mercredi à jeudi pour avoir une attestation de CMU pour la maison médicale de garde. Ce que l'agent lui avait fait, mais cette attestation disait qu'elle et ses enfants n'avaient plus de droit à la CMU. Par conséquent, elle n'avait pas pu faire la consultation à la maison médicale pour son fils car il fallait qu'elle règle la consultation.* » (Urgences pédiatriques)

- « *Incident à l'accueil famille avec la visite d'un patient du pavillon n. Mme Y s'est présentée à l'accueil famille avec deux enfants, un bébé en poussette et un garçon de 8-9 ans environ. Cette dame a été informée par la cadre présente que les visites n'étaient pas autorisées à cet horaire pour les enfants de moins de 16 ans. Elle nous a dit qu'elle était au courant et qu'elle laissait ses enfants à l'accueil famille dans les locaux de l'UMD (sous notre surveillance et responsabilité). Elle a passé les deux sas avec les enfants. Je lui ai redit que nous n'étions pas habilités à garder de jeunes mineures et que nous allions devoir en informer le médecin. Mme Y s'est montrée contrariée, et autoritaire, disant qu'elle avait l'habitude de le faire. M'accuse alors de lui avoir mal parlé, ce qui était nullement le cas et même l'inverse, et cela lui a été souligné par la cadre. Mme Y est allée visiter son frère au pavillon n. À son retour, et au moment de quitter le pole accueil, se montre très virulente verbalement nous dit entre autres qu'elle va porter plainte. Face à cette agressivité verbale, nous n'avons rien répondu afin de ne pas amplifier l'incident.* » (UMD)

1-3 Un patient ou les parents d'un jeune patient qui ne respectent pas la prescription médicale

- « *Menace et agressivité d'une résidente à la demande du respect des consignes des kinésithérapeutes.* » (USLD-EHPAD)

- « *Une patiente hausse le ton, menace en pointant du doigt, tutoie, tourne l'écran de la machine et règle elle-même le débit malgré les indications contraires de l'infirmier.* » (Dialyse)

- « *En consultation de chirurgie ortho pédiatrique, papa devient très agressif car attente trop longue, puis le médecin rappelle que le plâtre au niveau du bras de son enfant doit être gardé 45 jours au total. Le papa refuse de comprendre, exige que le plâtre soit enlevé, devient très injurieux devant tout le monde, parents et enfants dans la salle d'attente, et nouveaux nés. A effrayé toutes les personnes présentes.* » (Pédiatrie, Néonatologie)

- « *Patient agressif, insultant, lance son plateau repas sur le personnel, crachats au visage du personnel, refuse de l'aide, refuse son traitement, désolidarisation du pied à perfusion et frappe le personnel soignant avec, arrache le support à rideaux du mur et tente de frapper avec. Donne des coups de genoux, arrache sa voie veineuse, tente de mordre le personnel, frappe le personnel avec son plâtre.* » (Médecine)

- « *Patient agressif verbalement car il souhaite un repas alors que le protocole de réalimentation prévoit son repas à 19h30. Une fois les explications données, le patient hausse le ton.* » (Chirurgie)

1-4 Un comportement incivique d'un patient et/ou d'un d'accompagnant à qui tout semble être du et qui insulte ou menace de frapper.

- « *Le membre d'une famille insulte le personnel administratif, suite à une prise de rendez-vous qui lui convenait pas.* » (Accueil, standard)

- « *Une patiente arrive à la banque d'une consultation en demandant si elle est bien au bon endroit. L'agent seule ne pouvant répondre car occupée avec un patient. 5 personnes attendaient dont un qui lui a fait remarquer qu'effectivement l'agent était occupé. La patiente a alors insulté "vous êtes payée à rien f…" et s'est approchée de la banque en disant "attrape bien tes lunettes car je vais t'en coller une", son conjoint a alors balancé une bouteille d'eau au visage, inondant le PC en disant qu'il allait "taper tout le monde". Ils sont partis avant que le service de sécurité arrive.* » (Accueil standard)

- « *Rendez-vous téléphonique donné, apparaît trop lointain pour la patiente qui injurie et insulte la secrétaire médicale.* » (Accueil mère-enfant)

- « *Petit amené par son papa pour chute sur la lèvre avec dermabrasion. TC sans PCI* [Traumatisme crânien sans perte de connaissance initiale], *arrivé à 18h48. Vers 19 h le père m'interpelle en me demandant de faire passer son fils devant tout le monde car il doit récupérer son plus grand fils au foot.* […] » (Urgences)

- « *Patient agressif envers le personnel et les syndicats qu'il tient pour responsable du report de son intervention du fait d'une grève programmée. Il se confronte à l'agent de sécurité et profère des menaces à son encontre, celle de sa famille ainsi qu'à l'encontre de l'établissement qu'il veut faire sauter.* » (Unité de soins)

- « *Les parents de la patiente étaient inquiets, ils ont exigé une prise en charge médicale immédiate alors qu'il y avait 5 enfants à voir avant eux, et cela malgré leur prise en charge avec l'IAO qui les a rassurés sur l'état de santé de leur enfant. Ils ont refusé d'attendre leur tour en salle d'attente, et 4 autres membres de la famille sont entrés dans le service, les parents ont insulté le médecin et ont proféré des menaces de coups envers le personnel et les agents de sécurité appelés en renfort.* » (Pédiatrie, néonatologie)

- « *Passage dans le service d'un père venu dans l'intention de fuguer avec son enfant hospitalisée par ses soins pour suspicion de maltraitance par la maman. L'homme est verbalement menaçant et difficile à contenir. L'enfant concernée vit avec sa mère quand une altercation entre ses parents tourne à la délation par le père et le "rapt" de l'enfant qu'il emmène aux urgences pour accuser la mère de maltraitance. N'ayant pas de droits sur l'enfant qu'il n'a pas reconnu un signalement est fait promptement et l'enfant hospitalisé. Cette décision déplait à monsieur qui vient vers nous disant qu'il compte partir avec l'enfant. À notre appel, montent les vigiles qui tant bien que mal parviennent à le persuader de quitter le service.* » (Pédiatrie, néonatologie)

1-5 Un défaut de prise en charge reproché aux soignants

- « *Patiente algique malgré les antidouleurs injectés. Critique la prise en charge. Souhait de sortie contre avis médical et appel à son mari qui insulte à son tour l'équipe.* » (Urgences)

- « *Plainte verbale du patient, mécontent d'avoir été branché en retard, d'après lui.* » (Dialyse)

- « *Problème de ponction recommencée deux fois avec fistule présentant un hyper débit. La patiente s'énerve et durant 15 minutes insulte très violement le personnel soignant et les médecins qui couvrent les soignants. Dit être victime de racisme.* » (Unité de soins)

- « *Bébé de 11 jours hospitalisé depuis hier, méningite diagnostiquée ce jour parents non présents de la nuit et de la matinée, aucun appel des parents.* […] *Au niveau des soins, enfant impossible à perfuser malgré de nombreuses tentatives hier soir dans la nuit et ce matin. Appel du senior de néonat par le pédiatre du service pour la pose d'un ktc en veineux, échec après deux heures de tentatives* […] *Père agressif demande à revoir le médecin, très mécontent qu'on pique à plusieurs reprises son fils sans succès. Se met en colère et frappe dans les portes du service* […]. » (Pédiatrie, néonatologie)

- « *Le conjoint d'une parturiente s'est montré très agressif verbalement envers la sage-femme qui les a accueillis, puis a menacé verbalement et physiquement le médecin anesthésiste qui a posé la péridurale.* » (Gynécologie)

1-6 Une incompréhension ou un refus du résultat de la (non) prise en charge (proche parfois du motif de refus de prescription)

- « *Le médecin a signalé à l'adolescente que son hospitalisation allait se prolonger, elle s'est mise en colère en donnant un coup de pied au médecin puis une gifle violente et a pris la fuite. Au passage a fait mal à un agent hospitalier puis à un agent de la sécurité.* » (Pédiatrie, néonatologie)

- « *Un jeune mineur de 14 ans se présente à la pharmacie pour récupérer des médicaments. Étant mineur, la préparatrice refuse de lui délivrer les médicaments. Ce dernier s'emporte, insulte la préparatrice et prend (à travers la grille) le tampon de pharmacie. Le jeune revient plus tard avec 3 autres jeunes afin d'essayer de s'introduire dans la pharmacie. La préparatrice réussit à fermer le rideau.* » (Pharmacie d'un établissement)

- « *Patient détenu n'est pas satisfait des réponses obtenues et élève aussitôt le ton tout en menaçant les IDE verbalement. L'Administration pénitentiaire est informée par les surveillants de l'US qui font un signalement à leur hiérarchie.* » (UMJ)

- « *Patient connu du service. Veut absolument du MEOPA alors qu'il n'est pas prescrit. Explications données au patient et antalgiques prescrits et administrés mais n'écoute pas. Appel de l'IDG et patient informé mais s'énerve. Irrespectueux envers le personnel, hurle alors qu'il est en chambre double, se lève et jette son urinal et d'autres objets contre sa porte de chambre.* » (Unité de soins)

- « *L'épouse d'un homme hospitalisé en gériatrie s'est montrée agressive et a insulté le médecin et l'encadrement car elle ne souhaitait pas que son mari soit transféré en EHPAD ou en HAD.* » (Gériatrie court séjour)

- « *Après une altercation verbale avec une patiente qui est repartie sans PEC (prise en charge), déversement de poubelle sur mon véhicule sur le parking.* » (Urgences)

- « *M. X s'est présenté pour faire un scandale et "remonter les bretelles" au chirurgien. Scandale au secrétariat qui était plein de patients de même que la salle d'attente. Vindicatif sur sa prise en charge au bloc le matin même.* » (Chirurgie)

- Le cas suivant est plus surprenant car les raisons de la violence physique ne sont pas expliquées : « *Lors de l'installation pour l'anesthésie, le patient est non coopérant, l'anesthésiste et*

l'infirmière lui expliquent ce qu'ils font, il ne réagit pas puis 2 minutes après le début de l'induction, le patient se met à hurler, à retirer le masque de ventilation, il réclame le chirurgien, il arrache la perfusion. L'équipe tente de le rassurer, lui explique qu'il peut refuser l'intervention, mais il devient de plus en plus agressif, portant des coups au médecin et à l'infirmière. Le chirurgien tente de le calmer sans y arriver. L'intervention est annulée. » (Bloc opératoire)

- « *Un patient arrive au SAU avec les pompiers pour AVP, il a une plaie à la main, accueilli par l'équipe, il est vu et suturé par colle par le médecin. Brutalement, le patient mécontent de la prise en charge (souhaitait des points de suture), devient agité, agressif, insultant.* » (Urgences)

2- <u>Temps d'attente jugé excessif</u>

Sur les 1 148 signalements avec ce motif, 523 (46%) concernent les urgences.

- « *Agression verbale d'un patient admis pour prise en charge d'une plaie suite à une rixe. Plaie nécessitant une exploration chirurgicale spécialisée car sur axe vasculaire. Réclamation incessante sur le délai de prise en charge, sur son "besoin absolu et vital" de pouvoir boire. Réclame l'appel des pompiers pour changer d'hôpital. Patient non raisonnable malgré les explications fournies de manières claires et itératives. Ce dernier insiste sur l' "obligation" que nous avons de lui trouver un moyen de transport pour changer d'hôpital. Déclare de manière virulente, à la limite de l'agression physique, notre incompétence et notre volonté de ne pas vouloir s'occuper de lui. S'est levé de lui-même du brancard pour aller boire sans notre accord tout en souillant volontairement le box avec le sang de sa plaie hémorragique. La virulence verbale du patient est restée constante malgré les explications.* » (Urgences)

- « *Le mari d'une patiente s'est montré extrêmement agressif envers le personnel soignant des Urgences gynécologiques car sa femme attendait depuis plus de 3 heures au sein du service. Quand un médecin a pris en consultation une femme qui était arrivée après le couple, le conjoint est entré dans le box des urgences sans frapper à la porte et a fait sortir la femme présente, afin que sa femme soit prise en charge immédiatement. Pour calmer le mari, le médecin prit la décision de voir sa femme en consultation. Un second médecin ausculta la patiente et en sortant du box, il croisa une IDE en pleurs. Celle-ci s'était fait cracher dessus 2 fois par le mari de la patiente qui était très agressif et injurieux.* » (Urgences)

- « *À peine arrivé en zone de soins du SAU, le patient veut partir fumer et qu'on l'appelle quand le médecin est disponible. L'IDE lui explique qu'elle ne peut accéder à sa demande car ayant une suspicion de gale il doit rester dans le box (isolement de contact). Il s'énerve et dit qu'il ne veut pas rester dans le box et exige de voir le médecin tout de suite. Le médecin vient le voir et lui donne des explications. Malgré ça, il sort du box au milieu de la zone de soins remplie de patients, s'agite, touche les brancards, insulte le personnel et menace de mort l'IDE qui tente de le raisonner ("je t'attends dehors pour te tuer"). À l'arrivée des agents de sécurité, le patient s'arrache son bracelet et quitte le service en hurlant.* » (Urgences)

- Dans l'exemple ci-dessous, la réaction du patient est particulièrement disproportionnée. Une instruction a été ouverte sur ces faits. « *Agression verbale, menace d'étranglement + menace de mort car aux dire du patient trop d'attente, prise en charge inexistante après seulement 1h, une fois installé en box. Pompiers présents lors des menaces. Allo maître-chien car patient crie + insultes dans le box. Intervention immédiate du maître-chien qui reste dans le service par précaution. Après être sorti du service des urgences, le patient se présente à nouveau à la barrière d'accès des urgences avec son véhicule, sous prétexte de venir chercher ses résultats. Le maitre-chien lui indique qu'ils ne seraient prêts que le lendemain. L'individu va alors dans le coffre, récupère une arme à feu, braque le*

maître-chien puis remonte dans son véhicule et percute volontairement le maître-chien et son chien par deux fois avant de prendre la fuite. » (Urgences)

- « *Agression verbale véhémente d'un personnel hospitalier par un patient mécontent du délai de prise en charge.* « (Médecine)

- Des difficultés d'organisation du travail sont parfois à l'origine des comportements agressifs : « *Suite à un arrêt maladie, agent seule toute la journée à l'accueil de la gestion de la clientèle. Beaucoup de consultations ce jour-là, beaucoup d'attente pour les patients. À 12h, 67 patients enregistrés en plus des tâches journalières quotidiennes à faire (dossiers hospitalisation, etc.). Agression verbale d'un patient envers l'agent à cause de l'attente, je cite : "Faites-vous greffer des doigts pour être plus rapide. Y en a marre de ce site. C'est toujours pareil, et pourquoi vous êtes encore seule ? Pourquoi le bureau d'à côté de vous est fermé ? C'est inadmissible de devoir attendre pour un RDV ! Je ne viendrai plus sur le site et encore moins à l'autre ! Allez-vous faire f…" Préjudice moral pour l'agent, surcharge de travail pouvant entrainer un burn out professionnel, mauvaises conditions d'accueil des patients et très mauvaise image de l'établissement suite à un problème récurrent.* » (Accueil)

3- Alcoolisation

Les cas sont très nombreux et certains ont été déjà évoqués dans ce rapport. On retiendra celui-ci qui est également particulièrement violent avec une intimidation sur la victime, animatrice.

- « *Deux individus sous l'emprise de l'alcool se disputent et se donnent des coups à l'entrée de la maison de retraite. ils viennent voir une personne de leur famille. Mme Y, animatrice, leur demande s'ils voulaient voir quelqu'un. Le plus jeune d'entre eux se dirige vers elle et la tire par les cheveux violemment. La police a été avertie, ils font une interpellation et constatent qu'un des individus était armé. Mme Y va porter plainte immédiatement, mais à sa sortie du commissariat de police, elle est menacée par une personne de la famille. Le lendemain elle retourne enlever sa plainte et à nouveau elle est attendue à l'extérieur du commissariat par quelqu'un de la famille des deux individus. Ce qui oblige la police à intervenir pour qu'elle puisse sortir et partir à son travail. L'homme qui était armé était en sursis, et a été incarcéré suite à ses violences.* » (USLD/EHPAD)

4- Refus de prescription

- « *Patiente hospitalisée à la chambre X pour une bartholinite qui est sortante à J1. Se plaint de douleurs et de céphalées à 16h. Je lui donne les antalgiques (acupan et paracétamol) prescrits et je préviens l'interne. La sortie est annulée. La mère de la patiente m'interpelle et me dit que je ne peux pas lui donner de l'acupan en per os* [par voie orale]*. Malgré les explications données elle le jette derrière mon dos. À 20h50 la patiente se tord de douleur et pleure à cause de ses céphalées et il y a encore de la visite (probablement des amies). Je leur demande de sortir pour que je puisse m'occuper de la patiente afin de lui redonner de l'acupan. Ses amies menacent la patiente lui ordonnant de ne pas prendre l'acupan, que sa mère est IDE et que l'on ne donne pas de l'acupan en per os. Elles me soupçonnent et m'accusent d'empoisonnement sur la patiente. Une de ses amies s'avance vers moi et veut en venir au main et me pousse. S'en suivent des insultes et des tentatives d'agressions physiques sur moi-même et ma collègue IDE.* » (Gynécologie)

- « *Un patient demande un TSO (traitement de substitution aux opiacées) qui n'est pas prescrit. Lorsque l'infirmière lui répond qu'elle ne peut rien lui donner car ce n'est pas prescrit, le patient devient immédiatement sthénique, se dirige vers l'infirmière le poing levé. Un autre patient s'interpose et l'empêche de frapper l'infirmière. Le patient reste très menaçant physiquement et verbalement envers les soignants.* » (Addictologie)

5- Règlement de compte

Dans le cas suivant, il s'agit d'un fait qui s'est passé lors d'une visite d'HAD. Le personnel de santé n'a pas été visé directement, mais s'est retrouvé dans une situation particulièrement traumatisante : « *Lors d'une visite à domicile d'une AS travaillant dans un hôpital et d'une auxiliaire de vie, une agression à main armée a été commise au domicile du patient. Les agresseurs cagoulés ont extorqué au patient de l'argent liquide et des produits stupéfiants. L'AS a déposé plainte.* »

Pour une rixe entre patients ou entre patients et des personnes extérieures à l'établissement :

- « *À 20h un jeune homme est venu aux urgences avec 7 membres de sa famille pour avoir un certificat de coups et blessures car il avait été agressé à son domicile peu de temps avant. Les esprits étaient échauffés et des cris et des pleurs retentissaient dans le hall d'accueil. L'IOA a demandé aux membres de la famille de bien vouloir sortir dehors et elle a enregistré le dossier du jeune homme en présence de son père. Avant la finalisation du dossier, les agresseurs sont arrivés dans le hall (environ 5 jeunes) et des bagarres, des insultes, des cris et énormément de violences ont eu lieu entre les deux clans. L'IOA a immédiatement appelé les forces de l'ordre, avant leur arrivée à l'aide de l'AS et du manipulateur de la radio, ils ont essayé de protéger la salle d'attente ou de nombreuses personnes étaient présentes ainsi que la victime en les séparant via la porte sécurisée. Les jeunes ont été jusqu'à utiliser de la bombe lacrymogène devant le service des urgences en plus des coups qui ont pu voler une fois que la Police fut arrivée sur place. Les forces de l'ordre ont mis environ 20 à 25 minutes pour calmer la situation. Aucune personne n'a été interpellée.* » (Urgences)

- « *L'un des 2 patients ne respectant l'interdiction de fumer, l'autre patient s'en offusque et sans suit une rixe entre les 2, obligeant l'intervention des personnel soignants.* » (Lieu non précisé)

- « *Altercation verbale entre un patient et un accompagnant extérieur, non suivi dans le service, nécessitant l'intervention de soignants pour interrompre l'échange à 3 reprises, et ainsi essayer d'éviter un passage à l'acte physique. La personne extérieure au service a réussi à entrer de nouveau profitant de la sortie d'un autre patient. Il agresse alors physiquement et violement le patient de plusieurs coups de poings et de chaine. L'agresseur est sorti du service par l'équipe soignante. Dans un second temps, le patient agressé sort également pour continuer à en découdre. Une nouvelle bagarre éclate devant l'entrée du centre, nécessitant de nouveau l'intervention de l'équipe pour tenter de les séparer, contention physique. Coups violents entre les 2 protagonistes qui sont en sang. Projection de sang dans les locaux et sur le personnel soignant (sérologies inconnues). Présence de chiens non attachés appartenant à l'agresseur à l'entrée du centre, mettant en danger l'équipe soignante lors de notre intervention. Les forces de l'ordre sont prévenues et arrivent rapidement. Le patient agressé est évacué par l'arrière du bâtiment après les premiers soins apportés.* » (Psychiatrie)

6- Diagnostic non accepté

- « *La mère du patient se présente spontanément à l'accueil du SAU avec son fils et trois accompagnants (frère, grand-mère et ami du frère). Elle demande une hospitalisation sous contrainte pour son fils qu'elle juge "délirant","agressif"* […]. *Patient amené dans le secteur médico-psy pour évaluation psychiatrique au vu du comportement : regard menaçant, déambulation, jouant avec son briquet. Appel du psychiatre de garde. Décision de ne pas l'hospitaliser au vu des éléments cliniques présents ce soir. Famille et proches informés, contestant la décision médicale. Le ton monte, appel sûreté. Insultent le personnel notamment pour racisme. Menaces de mort* […] *menacent de "porter plainte", "d'informer le directeur et de prendre un avocat". Finissent par sortir difficilement de l'unité.* » (Urgences psychiatriques).

- « *Patient menaçant après diagnostic du médecin et décision de retour à domicile.* » (Urgences)

- « *La fille d'un patient en réanimation remet en cause les prescriptions, agresse verbalement et insulte les soignants, provocation dans le but d'un affrontement physique (s'approche de quelques centimètres du visage d'un soignant.* » (Réanimation)

7- <u>Drogue</u>

- « *Livraison stupéfiants : Agression physique des IDE pour les récupérer et fuite par la terrasse et revient avec alcool sous stupéfiants. Il menace le personnel et essaie de rentrer de force dans le service.* » (Addictologie)

- « *Agression verbale avec menace physique sur un manipulateur de radiologie par un accompagnant aux urgences. L'homme sous l'emprise de stupéfiants a menacé de le frapper et de le "sécher" alors qu'aucun échange verbal n'a eu lieu entre eux. L'agent d'accueil des urgences a contacté le commissariat qui est intervenu extrêmement rapidement. Ils ont maîtrisé l'individu, après une fouille de celui-ci, il s'avère que l'individu avait un couteau à steak sur lui. Le manipulateur radio a indiqué que le fait de savoir après coup que l'individu était armé d'un couteau lui a fait froid dans le dos. Il a déposé plainte le lendemain matin au commissariat et pense qu'il faut continuer à renforcer la sécurité au centre hospitalier.* » (Urgences)

8- <u>Suicide et tentative</u>

Ces actes ultimes peuvent engendrer une véritable violence psychologique sur les personnels de santé.

- Cela a d'autant plus d'impact lorsque le patient le fait ou tente de le faire en public au sein de l'hôpital : « *Une patiente mutique depuis plusieurs heures, a été prise en charge sur le plan somatique au niveau des UA et en cours de prise en charge psychiatrique. La patiente était installée dans le couloir sur un brancard, retrouvée dans la pièce où se trouvent les utilités, sur le haut de l'étagère, elle a enlevé le faux plafond et s'est passé autour du cou un fils de fer, elle a essayé de se pendre. L'équipe a été choquée ainsi que les patients à proximité.* » (Urgences)

- Il arrive qu'à la suite d'une tentative de suicide, le patient ou sa famille en veuille au personnel et le menace alors de violences ou de mort : « *Un patient ayant effectué une tentative de suicide est pris en charge en salle de déchocage : à son réveil il est très agité ; l'équipe de sécurité est appelée pour une aide à la contention. Le patient profère des insultes "fils de p…", etc.. et profère des menaces de mort "je vais en tuer 1 ou 2 d'entre vous quand je sortirai, comptez sur moi". Le patient tente également de mordre les soignants, il insulte deux autres IDE* […], *l'aide-soignante* […] *et insulte et menace le médecin "... je te retrouverai et te tuerai". Lors de l'inventaire de ses effets personnels un couteau est trouvé. Il a également proféré des menaces de mort à l'encontre d'un conducteur ambulancier et lui a craché au visage à plusieurs reprises*. » (Urgences)

- Il arrive également que lorsque le personnel intervient pour empêcher un patient de se suicider, ce dernier devienne très violent, d'autant plus dans des unités de psychiatrie : « *Alors que nous installons un patient en chambre seule suite à une crise clastique ce dernier se saisit du drap et tente de se stranguler. Nous devons intervenir physiquement immédiatement à 4 personnels pour assurer la sécurité du patient, et desserrer le lien. Le patient se met alors à se débattre, crache, mord, frappe des pieds et des poings, avec force et virulence. Il me touche au niveau du visage, alors qu'il*

frappait en notre direction, et durant l'intervention physique rendue nécessaire pour sa sécurité, m'occasionnant douleurs rougeurs et œdème au niveau de la pommette gauche, ainsi que des céphalées. Déclenchement de l'alarme PTI, renfort rapide de personnels des pavillons d'UMD, de l'équipe de sécurité, intervention physique, pose d'entraves pour assurer la sécurité de tous. » (UMD)

9- Autres

En ce qui concerne ce 9e motif, évoqué plus avant, on note par exemple les thèmes suivants.

9-1 Maltraitance

- « *L'aide-soignante a refusé de distribuer un plateau repas à un patient ; les collègues de travail ont interpellé cette dernière pour lui rappeler ses obligations liées à son poste et à son diplôme ; cette discussion a dégénéré nécessitant l'intervention du cadre de santé.* » (SSR)

- « *Malgré une injonction du tribunal, la nièce d'un résident de l'EHPAD est venue dans la chambre de son oncle malgré l'interdiction prononcée par le juge des tutelles. Elle a commencé à injurier l'établissement "cette p… de maison de retraite" puis au sujet du juge des tutelles "je me t… le c.. avec son papier". Elle a dit que la tutrice était une voleuse, elle a aussi insinué qu'elle avait des vidéos compromettantes sur les agissements du personnel. Elle a déclaré "je suis au-dessus des lois, j'ai tous les droits, je porterai plainte pour maltraitance et je vais créer une association contre la maison de retraite".* » (USLD/EHPAD)

- « *Le petit-fils d'une patiente prise en charge dans notre établissement s'est montré violent verbalement, et menaces physiques à l'encontre du médecin responsable, de l'infirmier coordonnateur et du surveillant administratif. Le personnel soignant suspecte le petit-fils (agressif) de maltraitance envers le patient âgé de 90 ans.* » (SSR)

9-2 Atteinte au principe de laïcité [29]

- « *Agression verbale et menaces physiques d'un conjoint de patiente lors d'un accouchement envers le médecin obstétricien. Le conjoint ne souhaitait pas qu'un homme s'occupe de sa femme. Intervention de l'équipe soignante et de la police.* » (Gynécologie, obstétrique, maternité)

- « *Suite à plusieurs allées et venues de la famille tout le début de nuit, arrivée de l'un des fils de Mme Y ainsi que la fille et une autre personne. Visiblement énervé, me pointe du doigt, me dit que l'on fait mal notre travail, qu'il ne souhaite pas qu'un homme fasse les soins d'hygiène de sa mère. Souhaite que qq'un reste toute la nuit et lui demande de partir. Je lui rappelle les horaires de visites ainsi que les règles de l'hôpital et l'invite à prendre contact avec le chef de service pour tout aménagement. Le patient devient agressif, dit que je parle "bizarrement", redit qu'on fait mal notre travail et que c'est de la maltraitance. Appel de l'équipe de sécurité. Intervention rapide (< 5minutes). Départ de la famille, le fils parle fort, m'interdisant de toucher à sa mère et qu'il revient demain.* » (Unité de soins)

- « *Médecin déclare : "patient refusant de serrer la main à une femme".* » (Bloc opératoire)

- « *Le père d'une patiente a forcé l'entrée du service, mécontent du comportement de sa fille dans le service, qui "flirte" avec un autre patient de notre unité et aurait eu des relations sexuelles avec ce dernier (rapport consenti). Cela allant contre leurs valeurs familiales (religion musulmane), il*

[29] Un exemple de condamnation pour un mari qui refuse que sa femme soit examinée par un médecin est rapporté au chapitre II.6 Exemples de décisions de justice.

menace le patient et l'unité de représailles si cela se reproduit. Pour reprendre ses propos, ses fils, qualifiés de "très méchants" viendraient pour "couper la tête du patient responsable". Il demande à ce que sa fille soit hospitalisée dans un autre hôpital, pour être séparée de ce patient ou que les femmes et les hommes soient séparés et ne puissent avoir de contacts physiques. Entretien infirmier effectué en présence de deux membres du personnel pour désamorcer la situation. Transmission faite au psychiatre de garde. Le patient concerné par ses accusations a été raccompagné dans sa chambre. Père raccompagné en dehors du service à la suite de l'entretien avec surveillance des abords de l'unité. Est reparti plus apaisé. » (Psychiatrie)

- « *Mari d'une patiente en salle de césarienne s'est emporté et a été agressif vis-à-vis du personnel masculin. Il touchait les champs stériles pour recouvrir sa femme et a demandé que ce soit des femmes présentes.* » (Gynécologie, obstétrique, maternité)

- « *20:35. Aide-soignante du service néphro signale un patient très agressif qui menace toute l'équipe soignante. Déplacement des agents dans le service, le mis en cause menace de mort un agent de sécurité et dit qu'il va se faire livrer une kalachnikov. Il tient des propos islamiste du genre "Allah est grand" en arabe, casse tout le matériel, tient des propos racistes envers le personnel et les agents de sécurité. À 21:00 appel de la surveillante de garde pour lui citer les faits, nous décidons d'un commun accord d'aviser le service de police. À 21:10 appel du service de police qui décide de faire intervenir un équipage sur les lieux en néphrologie. Arrivée du service de police à 21:50 un dépôt de plainte sera effectué par l'agent de sécurité au commissariat. Départ du service de police à 22:10. La directrice de garde est informée.* » (Unité de soins) [30]

- « *Un homme est en train de faire sa prière dans le couloir de la salle de réveil. Individu raccompagné à la sortie par les vigiles.* » (Autres)

9-3 Prise de photos ou de films par les patients ou les accompagnants

- « *Agressivité verbale pour un ticket de parking avec photo prise de ma personne à l'appui. PC de sécurité prévenu identifiant la personne par caméra archives 8 jours.* » (Accueil Mère-Enfant)

- « *Patient prenant l'agent* [personnel soignant] *en photo refusant de supprimer les photos sur son téléphone. Après avoir longuement insisté, le patient dit accepter de supprimer les photos mais l'agent n'en a pas eu la preuve.* » (Service non précisé)

- « *Le frère du patient était en train de prendre des photos des plannings du service, des protocoles, des pratiques. Après l'avoir interpellé, pour qu'il supprime les photos, il est devenu agressif et voulait s'échapper.* » (Réanimation)

- « *Durand le séjour d'une patiente, le fils de celle-ci a quotidiennement injurié, menacé, intimidé voire suivi le personnel du service. Il prenait également des photos du service et importunait d'autres visiteurs.* » (Unité de soins)

- « *J'ai été agressée* [IDE] *verbalement par un homme parce qu'il manquait du papier et du savon dans les toilettes à l'entrée de l'accueil des urgences. Il m'a demandé mon nom, je ne lui pas donné. Ensuite, il a essayé de prendre une photo de moi, en me disant qu'il ferait remonter cet évènement au plus haut.* » (Urgences)

[30] Au-delà des poursuites pour menace de commettre un crime ou un délit contre des personnes ou des biens, on retiendra que des tribunaux ont retenu le chef d'apologie publique d'un acte de terrorisme (art. 421-2-5 du CP), v. chapitre II.6 Exemples de décisions de justice.

9-4 Menaces diverses et comportements agressifs

- « *Menaces de mort d'une maman d'un enfant de 2 ans, hospitalisé la veille en réa infantile suite à intervention du SAMU, et pour lequel, au vu des constats médicaux, le service d'ASE a décidé le placement de l'enfant. Menaces de mort en particulier contre 2 médecins PH et de deux internes.* » (Réanimation)

- « *Personnel de la loge ayant reçu des menaces de mort pour un homme ne voulant pas respecter les règles d'accès au parking.* » (Accueil, standard)

- « *Un groupe de jeunes gens s'est réuni dans le hall d'accueil de l'établissement. L'un d'entre eux a pris un fauteuil roulant se trouvant dans le hall pour s'amuser. Le fauteuil étant à disposition d'un patient, l'agent d'accueil lui a demandé de le reposer. La jeune personne s'exécuta. C'est alors qu'un membre du groupe s'est avancé vers l'agent d'accueil pour proférer des injures et menaces à son encontre et à l'encontre de sa famille en précisant qu'il allait s'occuper de leur cas. Il a également traité l'agent d'accueil de raciste.* » (Accueil, standard)

- « *Agression verbalement par un patient sur mon lieu de travail. Le patient s'est emporté en tapant violemment sur le comptoir avec ses mains et a proféré les menaces suivantes : "Je comprends ceux qui viennent avec des kalachnikovs au moins vous obéissez tous, si vous étiez ma fille, je vous aurai tué" (en lui demandant simplement de patienter plus loin pour la confidentialité).* » (Accueil, standard)

II.4 La gestion des événements de violence

Les événements de violence signalés ont donné majoritairement lieu à une intervention du personnel en renfort de leurs collègues.

Tableau 15 et tableau 16. Intervenants dans le cadre des atteintes aux personnes et aux biens

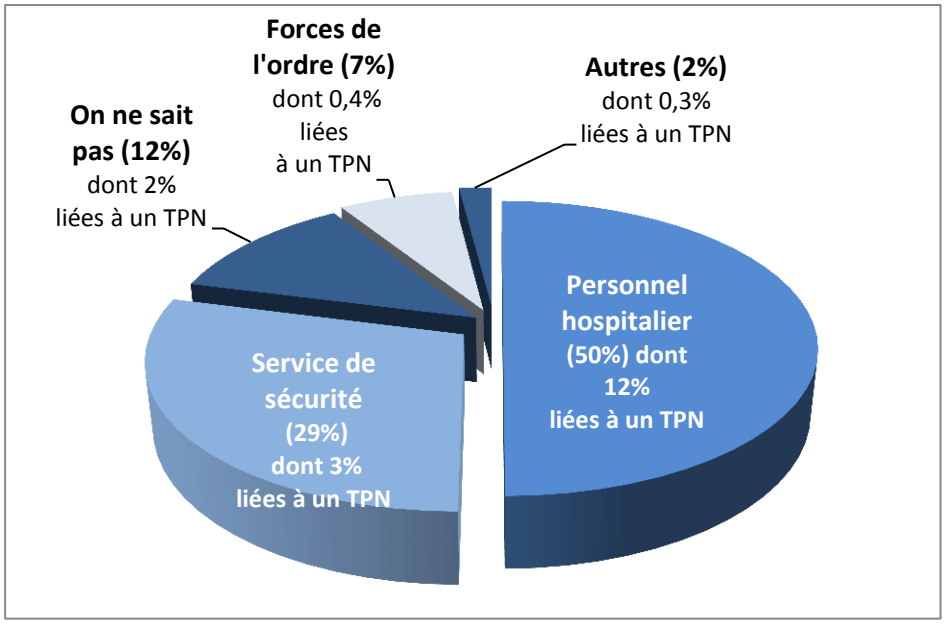
Intervenants Atteintes aux personnes et aux biens	Nb	%
Personnel hospitalier	10 491	50%
Service de sécurité	6 024	29%
Forces de l'ordre	1 370	7%
Autres	519	2%
Non précisé	2 519	12%
TOTAL	**20 923**	**100%**

Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement

Intervenants	Atteintes aux personnes	%	Atteintes aux biens	%
Personnel hospitalier	8 855	54%	1 636	37%
Service de sécurité	4 338	27%	1 686	38%
Forces de l'ordre	1 037	6%	333	7%
Autres	377	2%	142	3%
Non précisé	1 878	11%	641	14%
TOTAL	**16 485**	**79%**	**4 438**	**22%**

Plus des trois-quarts de toutes les interventions concernent des atteintes aux personnes, et c'est le personnel hospitalier qui est confronté en premier aux incidents de violences. La proportion élevée de ses interventions, en lien avec un fait du à une pathologie (v. graphique 21), confirme la nécessité de renforcer les procédures de renfort entre soignants afin d'assurer prioritairement une prise en charge médicale de ces cas.

Graphique 21. Répartition des interventions avec la prise en compte d'un TPN



Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement

Le personnel de sécurité/sûreté intervient en appui à 29%. Leur bonne connaissance des lieux et de l'environnement, la bonne entente entre ces agents et les personnels constituent des éléments essentiels pour assurer une sécurité de qualité, créer une forte cohésion surtout dans les cas les violents, et parvenir ainsi à garantir au sein de l'établissement un niveau de sécurisation qui permette de travailler sereinement. Cela apparaît d'autant plus important que l'ONVS constate que les agents des services de sécurité incendie intègrent de plus en plus des missions de sûreté des personnes et des biens par la force des choses, comme le montre la diversité des signalements retranscrits.

Les formations professionnelles dispensées sur la gestion des tensions et de l'agressivité sont particulièrement importantes et se révèlent extrêmement utiles afin de mieux prévenir et gérer les moments de violence. L'Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier (ANFH) propose plusieurs formations. Diverses méthodes existent. Il convient de trouver celle adaptée aux types de violences subies dans les services, lieux et unités, car la violence est protéiforme et ressentie différemment par les personnels (soudaineté des violences, vulnérabilité de certains auteurs en raison de leur âge, protection des victimes en raison de leur âge ou de leur handicap, etc.)

Des initiatives locales permettent également de développer ces compétences. Ces formations, de qualité, doivent faire l'objet d'un suivi régulier afin que les personnels maintiennent leur niveau de compétence et que chaque nouvel arrivant puisse s'insérer dans un dispositif commun de prévention et de gestion des violences. Lorsque cela est possible, une formation collective de l'ensemble d'une unité, d'un groupe, est la meilleure solution afin de créer cet esprit de cohésion et d'éviter un décalage entre les personnels formés et ceux qui ne le sont pas.

La part d'intervention des forces de l'ordre est relativement peu élevée. Les personnels dans les cas très graves, doivent gérer ce temps entre les faits et l'arrivée des forces de l'ordre qui ont été appelées.

- « *Conflit entre deux familles qui se sont retrouvés malheureusement en salle d'attente des urgences. Après des insultes une violente bagarre éclate (entre deux hommes). Les agents de sécurité étaient sur place. Malgré leur intervention et la séparation des deux hommes avec difficultés. Un des deux hommes saute par la fenêtre du PC de sécurité, se munit d'une barre et part à la recherche de l'autre homme. Les agents de sécurité sécurisent la zone et la population. Les forces de police procèdent à l'interpellation des individus. Une plainte sera déposée pour les dégradations (plantes, porte, téléphone, montre). Un des deux agents de sécurité a pris des coups. Une partie du personnel a été très choqué.* » (Urgences)

- « *Interpellation d'un individu SDF qui était en train de commettre un vol dans les vestiaires de l'établissement. Un agent s'est fait agresser par l'individu. Celui-ci a pu être maitrisé et remis aux services de Police.* » (Services techniques)

Il est également nécessaire de formaliser les procédures d'alerte afin de gérer au mieux la suite des événements et, si besoin est, de requérir dans les meilleurs délais l'intervention des agents de sécurité ou des forces de l'ordre. L'intervention de ces derniers est souvent plus efficace après un travail d'analyse des causes des atteintes et lorsqu'une convention « santé-sécurité-justice » a été signée localement, intégrant les conclusions tirées des analyses réalisées.

Le suivi par un psychologue (interne ou extérieur à l'établissement) permet d'offrir un soutien conséquent aux personnels qui, à la suite d'une intervention parfois très violente, tant physiquement que psychiquement, sont éprouvés et ressentent un stress post-traumatique quelques jours, voire quelques semaines après.

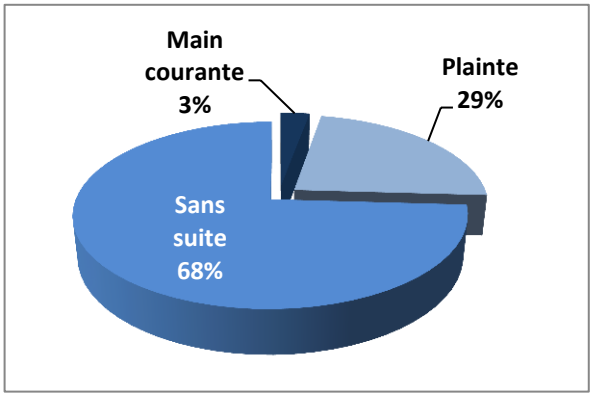
II.5 Les suites données

Les signalements de violence par les établissements ont donné lieu :
à 2 050 plaintes et à 255 mains-courantes, dont 510 plaintes et 66 mains courantes déposées par les établissements eux-mêmes.

42% des plaintes (soit 860) concernaient des faits d'atteintes à la personne :
- ✓ 169 pour des faits de niveau 1 (injures, etc.),
- ✓ 207 pour des faits de niveau 2 (menaces, etc.),
- ✓ 443 pour des faits de niveau 3 (violences volontaires, etc.),
- ✓ 41 pour des faits de niveau 4 (violences avec arme, etc.).

Tableau 17. et graphique 22.
Suites données aux signalements de violence
Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS
Plateforme signalement

Mains-courantes	255
Plaintes	2 050
Signalements n'ayant donné lieu à aucune démarche judiciaire	6 588
TOTAL	**8 893**



Il faut relativiser d'autant plus ces données que dans 60 % des cas (soit 13 155 autres signalements) les suites données ne sont pas renseignées par les établissements.

Tandis que les signalements de faits de violence sont en hausse, les dépôts de plaintes ont diminué mais pas les mains-courantes. Il est difficile d'expliquer les raisons de cette baisse car divers facteurs peuvent entrer en ligne de compte.

L'ONVS confirme l'observation du rapport 2017 : le ministère de la justice n'a pas de remontées particulières de la part des parquets concernant un nombre important de dépôts de plaintes des personnels de santé.[31] Ces derniers ne se signalent pas outre-mesure alors pourtant qu'ils bénéficient d'une protection pénale renforcée (v. art. 433-3, 433-5 et 222-13 du code pénal).

Sur les 2 050 plaintes, les suites sont ignorées pour 1 224 d'entre elles (60%).

Sur les 181 plaintes dont les suites sont renseignées et connues par les établissements, on compte :

- ✓ 30 comparutions immédiates,
- ✓ 45 convocations ultérieures en justice,
- ✓ 84 enquêtes en cours (préliminaire, commission rogatoire),
- ✓ 22 classements sans suite

II.6 Décisions de justice

Sur les 181 plaintes dont les décisions de justice sont renseignées et connues par les établissements, on compte :

- ✓ 29 condamnations à des peines d'emprisonnement dont 26 pour des atteintes aux personnes ; 16 des violences de niveau 3 et 5 de niveau 4,
- ✓ 7 condamnations à des peines d'amende,
- ✓ 4 rappels à la loi.

Ce nouveau chapitre relate quelques suites pénales des dépôts de plainte ayant abouti à des condamnations pénales et civiles des auteurs de violence rendues en 2017.[32] Il apparaît parfois que le tribunal va lier plusieurs affaires totalement distinctes commis par un même auteur à des jours différents. La formulation suivante de la présidente d'un tribunal correctionnel est à cet égard intéressante : « *Il s'agit d'une série de faits commis sur des périodes distinctes pour des victimes différentes. Ce qui relie les épisodes est le comportement irrespectueux, irréductible à l'autorité, et totalement inadapté de l'intéressé.* » Cette liaison entre les affaires aboutit à ce qu'un auteur qui aurait commis un fait isolé dans un établissement de santé, mais répété sur d'autres périodes, d'autres victimes et en d'autres lieux, soit condamné à une peine plus lourde et donc plus logique par suite d'un comportement résolument ancré dans le non-respect de la loi et d'autrui.

Les condamnations rapportées à l'ONVS sont surtout des atteintes aux personnes qui ont eu lieu dans le cadre du service des urgences commises assez souvent par des récidivistes.

[31] Source : DGOS.

[32] Les faits peuvent avoir été commis parfois antérieurement à 2017. L'anonymat des personnes et des établissements est garanti.

Les délits qui ressortent des cas présentés sont :

• **la menace de commettre un crime ou un délit** contre les personnes ou les biens proférée à l'encontre […] de toute autre personne chargée d'une mission de service public ainsi que d'un professionnel de santé, dans l'exercice de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur (art. 433-3 al. 2 et du CP), ou en cas de menace proférée à l'encontre du conjoint, des ascendants ou des descendants en ligne directe des personnes mentionnées aux deux premiers alinéas ou de toute autre personne vivant habituellement à leur domicile, en raison des fonctions exercées par ces personnes. (art 433-3 al. 3 du CP),

• **l'outrage à une personne chargée d'une mission de service public,** dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de sa mission, et de nature à porter atteinte à sa dignité ou au respect dû à la fonction dont elle est investie (art. 433-5 du CP),

• **les violences volontaires** (plus de 8 jours d'ITT ou moins de 8 jours d'ITT) avec circonstance aggravante si commise sur toute personne chargée d'une mission de service public, ainsi que sur un professionnel de santé, dans l'exercice ou du fait de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur (art. 222-13 et s. du CP),

• **la séquestration** (art. 224-1 et s. du CP),

• **l'apologie publique d'un acte de terrorisme** (art. 421-2-5 du CP),

• **le vol avec ou sans effraction** (art. 311-1 et s. du CP),

• **la destruction, la dégradation ou la détérioration d'un bien appartenant à autrui.** Aggravation de la peine lorsque le bien détruit, dégradé ou détérioré est destiné à l'utilité ou à la décoration publique et appartient à une personne publique ou chargée d'une mission de service public (art. 322-3, 8°du CP).

Aucun jugement n'a été porté à la connaissance de l'ONVS pour :
• appels malveillants réitérés (art. 222-16 du CP), parfois dénommés à tort harcèlement dans les signalements, tandis qu'il est rapporté à l'ONVS que des personnes n'hésitent pas à commettre cette infraction pour divers motifs comme par exemple la non acceptation d'un diagnostic, etc.

• harcèlement moral et/ou sexuel (art. 222-33 du CP ; art. 222-33-2 du CP ; art. 222-33-2-2 du CP)[33].

• discrimination (art. 225-1 du CP avec les 23 critères énoncés).

Il est rappelé que le fait pour les auteurs d'être sous l'emprise de l'alcool ou de stupéfiants ne constitue en rien une circonstance atténuante.

[33] **Art. 222-14-3 du code pénal :** « *Les violences prévues par les dispositions de la présente section* [violences] *sont réprimées quelle que soit leur nature,* ***y compris s'il s'agit de violences psychologiques.*** »

Violences aux personnes aux urgences

- Un individu ivre, victime d'un AVP, est amené aux urgences. Il outrage de façon ordurière une IDE et un ambulancier et profère des menaces de mort à plusieurs reprises à son encontre. Il fracture la porte d'entrée des urgences. Les deux victimes portent plainte ainsi que l'établissement qui se constitue partie civile. Placé en garde à vue et déféré, le prévenu est jugé en comparution immédiate. Il est condamné à 12 mois de prison dont 8 mois avec sursis et mise à l'épreuve, et à 1 000 € de dommages-intérêts à chacune des deux victimes physiques et à 1 140 € à l'hôpital au titre des dégradations. Mandat de dépôt à l'audience (Antécédents : 9 condamnations pour conduite en état d'ivresse et il se trouve au moment des faits sous le coup de 8 mois avec sursis avec mise à l'épreuve. La question de l'aménagement de la peine des 4 mois ferme est posée avec débat renvoyé devant le JAP).

- Conduit aux urgences tard dans la soirée par les pompiers, et accompagné par sa femme enceinte, un patient, après les soins prodigués par une femme médecin urgentiste, n'a pas de moyen propre de locomotion pour revenir à son domicile. Il ne veut pas prendre un taxi et demande à être transporté par les pompiers, une ambulance ou un VSL. Malgré les explications fournies sur l'impossibilité d'une telle prise en charge, l'homme injurie de façon ordurière le médecin. L'agent de sécurité s'interpose et finalement des coups sont échangés. L'homme est interpellé par la police. Déféré au parquet, il est condamné en comparution immédiate à 8 mois de prison dont 6 avec sursis, à une à mise à l'épreuve de 18 mois, et à verser 1 € de dommages-intérêts à l'établissement qui s'était constitué partie civile. NB : la police a reconduit la femme enceinte à son domicile.

Les deux jugements qui suivent évoquent des violences très éprouvantes tant physiquement que psychologiquement pour les victimes avec des auteurs qui ont été condamnés après une expertise psychiatrique ordonnée par le tribunal.

- Un patient attend d'être examiné aux urgences traumatologiques[34] pour une cause sans gravité particulière. Il se rend dans les toilettes. Une ASH s'enquiert du fait qu'il ne va pas bien (le patient aurait vomi). Il prend très mal la question, l'outrage, la menace de mort et l'agresse physiquement (5 jours d'ITT et 6 semaines d'arrêt de travail) et agresse également physiquement un infirmier qui tentait de s'interposer (21 jours d'ITT et 4 semaines d'arrêt de travail). L'homme fait publiquement l'apologie d'acte de terrorisme. Devant cette violence, les professionnels du service et 4 agents de sécurité-sûreté sont nécessaires pour le maîtriser. L'équipe et les témoins sont très choqués et craignent des représailles. En effet, l'auteur a mis en avant sa fonction d'ambulancier et sa connaissance de l'établissement. Les deux victimes principales déposent plainte, ainsi que l'établissement notamment pour le préjudice lié aux arrêts de travail. Tous se constituent partie civile. L'auteur est condamné par le tribunal correctionnel à 30 mois de prison, dont 8 mois avec sursis, et à verser au titre des dommages-intérêts 500 € à l'ASH, 3 000 € à l'infirmier et 26 000 € à l'hôpital. Le tribunal, à la suite de l'expertise qu'il a ordonnée, précise dans ses attendus que « *l'individu présente des troubles de la personnalité depuis plusieurs années ayant justifié plusieurs hospitalisations en milieu spécialisé* […] ». « *L'expertise psychiatrique décrit un individu porteur d'une anomalie psychique, soit d'un trouble du contrôle des impulsions de type "trouble explosif intermittent" venant émailler le cours évolutif d'une personnalité structurée sur un mode névrotique présentant des troubles dissociaux. Ces troubles provoquent une altération modérée de contrôle de ses actes sans impact sur le discernement. Il présente une dangerosité patente susceptible de se manifester dans des situations avec charge affective ou frustration. L'existence de réitération des faits*

[34] On notera que l'hôpital, par un communiqué à destination de l'ensemble des personnels de l'établissement, a pris soin de donner connaissance du jugement du tribunal et de toutes les mesures prises pour l'accompagnement des victimes et une meilleure sécurisation.

similaires est évaluée comme notable par l'expert. ». L'individu est un fort consommateur de cannabis et, par ailleurs, a déjà été condamné dans une affaire de stupéfiants.

- Un patient amené à l'hôpital par les pompiers et simulant un COMA, se lève brusquement à son entrée aux urgences et commet des violences volontaires sur 5 personnels (4 se voient délivrer une ITT inférieure à 8 jours, et le 5e une ITT de 10 jours). Il tentera également de frapper avec un tesson de bouteille. Il est en état de récidive. Il menace de mort 2 autres personnels. C'est avec beaucoup de difficultés et en nombre que les vigiles arrivent à le maîtriser. Lors de l'audience en comparution immédiate, le président de la chambre correctionnelle ordonne une expertise afin de déterminer si le discernement de l'auteur n'avait pas été altéré ou aboli. Il est placé en détention provisoire. À la suite de l'expertise, qui conclut à une altération du discernement, le tribunal, lors d'une nouvelle audience, le reconnait coupable des faits reprochés et le condamne à 1 an d'emprisonnement ferme avec maintien en détention. Il est condamné à verser des sommes entre 1 000 € et 2 000 € à 3 victimes au titre des souffrances endurées, et condamné à verser à deux des victimes 1 € au titre de leur préjudice moral. L'hôpital s'est constitué partie civile.

- En soirée, un médecin va examiner une patiente présentant une menace d'accouchement prématuré. Il demande à son conjoint de sortir de la salle, mais celui-ci s'y oppose car il veut que ce soit une femme qui l'examine. Vu la gravité de la pathologie, le médecin procède tout de même à l'examen ayant obtenu que l'homme quitte la salle. À l'issue, il l'informe qu'il lui faut pratiquer un examen plus approfondi. Le mari s'y oppose catégoriquement pour des motifs propres à sa religion. Le médecin lui explique être le seul praticien disponible et qu'il n'est pas possible de retarder l'intervention ou alors il faut que le couple se rende dans un autre établissement. Le couple quitte le médecin mais décide en fait de s'enfermer dans une des pièces du service. Accompagné d'un aide-soignant, le médecin mis au courant de cette situation retourne voir le couple et informe le mari des conséquences de ce refus. L'homme menace expressément de mort le médecin et sa famille. L'arrivée du vigile fait que finalement le couple va quitter l'établissement (l'homme réitérant ses menaces de mort), avant même que le médecin n'ait eu le temps de terminer les démarches pour que la femme soit prise en compte par le SMUR. Le médecin dépose plainte ainsi que l'établissement. Convoqué au tribunal le mari est condamné à une peine d'emprisonnement de 4 mois avec sursis et à payer au médecin la somme de 300 € à titre de dommages-intérêts.

> ✓ **Remarque 11** **À propos de la présence d'un autre majeur lors d'un examen médical**. Le code de déontologie médicale garantit à chaque patient une égalité de prise en charge mais aussi un respect des croyances et une probité du professionnel de santé sous peine de sanctions ordinales. Accepter l'imposition de la présence d'un autre majeur lors d'un examen rompt le colloque singulier entre le patient majeur et son professionnel de santé. Cette présence peut empêcher le patient de s'exprimer librement et peut donc biaiser le diagnostic médical.
>
> Au-delà de considérations de religion, il a été rapporté à l'ONVS, lors de ses visites dans les établissements, que des médecins avaient parfois les plus grandes difficultés à obtenir que leur patiente soit examinée seule, hors la présence de leur conjoint/compagnon dans le cadre d'un examen gynécologique. Cette condition permet aux femmes qui sont victimes de violences physiques et/ou violences sexuelles de pouvoir les dénoncer. Cette tentative du conjoint/compagnon d'imposer sa présence peut constituer une réelle violence psychique exercée à l'encontre du corps médical, du personnel soignant et de la patiente.

- Un patient alcoolisé, agité et partiellement contentionné casse une carafe d'eau, cache le tesson de la carafe, et réussi à rompre sa contention. Il tente alors de fuguer. La police, prévenue, intervient et le ramène à l'hôpital. Le patient est de nouveau contentionné. Il menace de mort à plusieurs reprises deux infirmières et un aide-soignant. Il sera convoqué par OPJ. Tandis qu'il avait déjà été condamné pour des faits similaires 20 mois auparavant, il voit son sursis révoqué et est condamné à 3 mois de prison ferme pour menace de commettre un crime ou un délit à l'encontre de professionnels de santé dans l'exercice ou du fait de leur fonction.

- L'auteur, en état d'ébriété, insulte de façon ordurière une femme médecin urgentiste qui tente de le soigner car il refuse la prescription (il refuse d'ailleurs depuis plusieurs jours de se soigner malgré les avis médicaux). Il finit par menacer de frapper le médecin qui lui pose des questions afin de le soigner, créant du scandale dans le service par ses insultes. Après son interpellation par la police et la procédure diligentée, l'auteur est condamné à verser 400 € à la victime en réparation du préjudice moral et 1 € à l'établissement qui s'était constitué partie civile.

- En fin d'après-midi, aux urgences, un IDE invite un SDF à se lever du brancard. Mécontent, ce dernier le suit. Arrivé au poste de soins, le SDF lui assène un coup de poing à la face. L'auteur est immédiatement interpellé par les policiers présents aux urgences puis placé en garde à vue. Plainte de la victime avec, sur conseil de l'établissement, une constitution de partie civile. Jugé en comparution immédiate l'individu est condamné à 3 mois de prison ferme (Il était sous le coup d'un sursis de 3 mois pour une autre affaire similaire). Incarcération avec mandat de dépôt pour 6 mois, et condamnation à verser 400 € de dommages-intérêts.

- Un patient alcoolisé, agité et partiellement contentionné casse une carafe d'eau, cache le tesson de la carafe et réussit à rompre sa contention. Il fugue mais, la police, prévenue, le retrouve et le reconduit à l'hôpital. Le patient, à nouveau contentionné, menace de mort trois professionnels de santé. Convoqué à comparaître ultérieurement, et étant en récidive, le tribunal le condamne à 3 mois d'emprisonnement ferme avec révocation partielle du sursis d'une précédente condamnation.

Autres services, unités et types d'établissement

- Un détenu a séquestré, menacé avec une arme blanche fabriquée par lui (brosse à dent équipée d'une lame de rasoir) et agressé dans une unité sanitaire d'un centre pénitentiaire quatre personnes (2 IDE et 2 surveillantes pénitentiaires). Il a été condamné en comparution immédiate à 4 ans de prison ferme et transféré dans un autre centre pénitentiaire.

- Un détenu d'une centrale est pris en charge dans le service de soins continus d'un hôpital. Arrivé en chambre sécurisée il se lève, sort une lame de rasoir et menace de mort le brancardier présent ainsi que les trois agents d'administration pénitentiaire. Le personnel présent a pu s'extraire de la chambre et les forces de l'ordre ont interpellé le détenu. Il a été condamné à 3 ans d'emprisonnement.

- Un patient, entré la veille pour syndrome de sevrage, a agressé physiquement l'aide-soignante et l'infirmière de nuit (violences sur un professionnel de santé, 5 jours d'ITT). Dépôt de plainte avec constitution de partie-civile des deux victimes. L'établissement se porte partie civile et demande 1 € de dommages-intérêts. Convocation de l'auteur par OPJ à une audience ultérieure qui est condamné à 2 mois de prison avec sursis et à 300 € et 200 € de dommages-intérêts envers les deux victimes.

- Une femme prend à parti un médecin à la suite du décès de son père hospitalisé peu de temps auparavant dans le service du praticien. Selon le personnel, elle l'aurait menacé de mort, en dehors de sa présence, avant de le gifler et de lui cracher au visage dans son bureau. Un cadre de santé serait alors intervenu avant que la jeune femme ne soit prise en charge par la sécurité du centre hospitalier. Le médecin dépose plainte. La femme est condamnée à 3 mois de prison ferme, à verser 1 000 € au praticien au titre du préjudice moral et matériel et 1 € symbolique à l'hôpital.

- « *Un patient agressif envers le personnel et les syndicats qu'il tient pour responsable du report de son intervention du fait d'une grève programmée. Il se confronte à l'agent de sécurité et prolifère des menaces à son encontre, celle de sa famille ainsi qu'à l'encontre de l'établissement qu'il veut faire sauter.* » Plainte est déposée par l'agent et l'établissement qui se constitue partie civile. Jugé en comparution immédiate non seulement pour ce fait mais également pour deux autres faits n'ayant pas de rapport avec cette affaire, étant récidiviste, il est condamné à un emprisonnement délictuel de 6 mois avec sursis avec mise à l'épreuve de deux ans. Les intérêts civils sont reportés à une autre audience. Il est par ailleurs condamné à un an d'emprisonnement pour évasion d'une garde à vue. (Unité de soins)

- Un médecin du service d'alcoologie a été agressé par l'un de ses patients. Un certificat médical a été établi lui prescrivant 10 jours d'ITT. Le praticien a déposé plainte le soir-même. Le patient, jugé en comparution immédiate, a été condamné à deux ans de prison ferme dont un avec sursis assorti d'une mise à l'épreuve de 24 mois, accompagnée d'une obligation de soins pour le patient et d'indemnisation envers le praticien hospitalier agressé. (Addictologie)

Atteintes aux biens dans l'établissement ou sur les extérieurs

Dans les quelques exemples cités on peut remarquer la bonne collaboration entre le service de sûreté et les forces de police. L'ONVS insiste pour dire à quel point le vol ou la dégradation de l'outil de travail et la dégradation des locaux perturbent le fonctionnement de l'établissement, sans compter l'impact psychologique négatif sur les utilisateurs et le préjudice pour l'établissement.

- Une patiente, en attente d'examens dans un hôpital, vole du matériel médical. Lors de l'examen médical, les objets sont retrouvés sur elle. Appel est fait à la police. Jugée en comparution immédiate, et en état de récidive, elle est condamnée à une peine d'emprisonnement de 6 mois assortie d'un sursis avec mise à l'épreuve pour une durée de 2 ans. Elle est condamnée à verser à l'hôpital, partie civile, 530 € au titre des dommages-intérêts.

- Un individu dégrade des accès sécurisés d'un service d'un hôpital pour commettre des vols de matériels. Les dégradations sont importantes. À la suite de la plainte déposée par l'hôpital, les enquêteurs, grâce à l'étroite collaboration du chargé de sécurité, arrivent à identifier des empreintes digitales. L'auteur était connu pour d'autres faits délictuels similaires, commis dans la même période, dans la capitale. Interpellé en province, lors d'une tentative de cambriolage, il a été condamné à 6 mois d'emprisonnement pour les faits commis à Paris.

- Alors qu'il attend dans la salle d'attente, un patient pénètre dans un box de consultation, dérobe un ordinateur complet, et prend la fuite. Il est rattrapé par la sécurité et remis aux forces de police. L'auteur des faits est condamné à 6 mois de prison : 3 mois pour les faits dénoncés et une peine de 3 mois de sursis qui tombe pour une affaire identique antérieure. Il condamné à verser 400 € de dommages-intérêts.

- Un individu vole un ordinateur et un téléphone portable (1 500 €) dans un service de radiologie d'un hôpital. L'enquête de la police, grâce à la collaboration avec le service de sûreté de

l'hôpital permet d'identifier et d'interpeller l'auteur des faits qui s'apprêtait à revendre le butin. Le matériel est récupéré et restitué. L'auteur détenait également une clé de l'hôpital qui lui a permis d'entrer dans les lieux. Il est jugé en comparution immédiate à 10 mois fermes (mandat de dépôt à l'audience).

- Une ASH appelle le service de sécurité pour signaler un individu suspect rodant près des véhicules sur le parking de l'établissement. Sur place deux agents constatent un individu en train de vider la boite à gant d'un véhicule léger. L'individu est très violent. La police arrive sur les lieux ainsi qu'un 3e agent de sécurité. Les agents de sécurité reçoivent des coups de pied et de poing et de nombreuses insultes et menaces. Un agent de police est également blessé. Interpellé, l'auteur est jugé en comparution immédiate à 6 mois fermes.

CONCLUSION

L'ONVS insiste sur l'intérêt et la nécessité de mettre en place des formations pratiques non seulement pour gérer ces situations de tensions verbales et d'agression physique, mais aussi pour apprendre à mieux communiquer auprès des patients et des accompagnants.

Avec ces formations pratiques, il apparaît également essentiel de travailler quotidiennement l'esprit de cohésion au sein d'une même unité ou service afin, entre autres, de restaurer un juste positionnement d'autorité entre les personnels soignants et les patients/accompagnants, sans lequel il devient impossible d'accomplir des soins de qualité dans des conditions de travail sereines et décentes. La détermination des directeurs d'établissements, de leurs équipes de direction, d'encadrement et des chefs d'unités ou de service est donc indispensable pour y parvenir. On ne peut faire l'impasse sur le sujet de la prévention et de la lutte contre les violences. En effet, même si cette thématique n'est certes pas le cœur de métier en santé, il s'agit d'une réalité qui s'est imposée dans cet univers avec son cortège de maux que ce rapport a délibérément relatés en détail. S'il revient donc aux directeurs d'établissements de faire preuve d'inventivité adaptée au contexte, il apparaît toutefois que tous les personnels de l'établissement ont leur rôle à jouer dans cette action, chacun en fonction de leurs responsabilités. La sûreté de l'établissement est l'affaire de tous.

Quand cette violence atteint des niveaux susceptibles de poursuites pénales (menaces, outrages, violences volontaires, etc.), l'ONVS insiste pour que les victimes déposent plainte. Outre la réparation en justice (pénale et civile), c'est le moyen pour elles d'être restaurées dans leur dignité et leur honneur, l'estime d'elle-même et le respect dû à une personne chargée d'une mission de service public. Autrement elles finiront par entrer dans un état d'esprit de soumission et de peur, tandis que les auteurs auront tôt fait de comprendre qu'ils bénéficient d'une impunité.

L'ONVS rappelle enfin que les conventions « santé-sécurité-justice » sont un moyen efficace pour lutter contre les violences[35], si toutefois les acteurs institutionnels locaux s'efforcent réciproquement de nouer de réels liens de proximité et de comprendre les impératifs, les difficultés, les problématiques et le fonctionnement de chacun. S'il revient à l'ONVS de piloter la politique au niveau national, en revanche ce ne peut être que localement que les directeurs d'établissements et leurs partenaires institutionnels peuvent prévenir et lutter contre les violences. Partout où cet effort a été fait, il a été constaté une réelle amélioration.

[35] La signature des conventions « santé-sécurité-justice » est rappelée dans l'instruction no SG/HFDS/2016/340 du 4 novembre 2016 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements de santé. Elles doivent intégrer également la menace terroriste. http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2016/16-12/ste_20160012_0000_0061.pdf

ANNEXES

La fiche de signalement ONVS

Intégrée dans la « plateforme signalement ONVS » et mise en ligne sur les pages dédiées à l'ONVS sur le site du ministère des solidarités et de la santé, cette fiche détaillée permet de bien sérier les phénomènes de violences et d'incivilités et leurs circonstances. [Fiche de signalement - ONVS]

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS

Cette fiche ne remplace en aucun cas le déclenchement des procédures habituelles d'alerte

FICHE DE SIGNALEMENT

OBSERVATOIRE NATIONAL DES VIOLENCES EN MILIEU DE SANTÉ

L'ONVS accompagne les établissements dans le développement de leur politique de prévention des atteintes aux personnes et aux biens notamment en venant les rencontrer

http://www.solidarites-sante.gouv.fr/onvs

Champ libre pour les établissements

(Précisions sur le lieu, nom prénom du déclarant par exemple)

Informations générales

Date de l'événement : / / Heure de l'événement : : Structure :

Description anonymisée des faits :

Circonstances

Causes de violences
Reproche relatif à une prise en charge : ☐ Temps d'attente jugé excessif : ☐ Refus de prescription : ☐ Atteinte au principe de laïcité : ☐
Règlement de compte : ☐ Diagnostic non accepté : ☐ Refus de soins : ☐ Suicide ou tentative : ☐
Alcoolisation : ☐ Drogue : ☐ Automutilation : ☐ Autres : ☐

Intrusions Zone de soins : ☐ Espace d'accueil de l'IOA : ☐ Bloc opératoire : ☐ Autre lieu : ☐

Interventions Personnel hospitalier : ☐ Forces de l'ordre : ☐ Service de sécurité interne : ☐
Autres : ☐ Aucune : ☐

Préjudices

Préjudice principal

La cause principale du fait déclaré est directement liée à un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli le discernement ou le contrôle des actes de l'auteur : ☐

Préjudice aux personnes
Injure, insulte et provocation : ☐ Chahut, occupation des locaux : ☐ Exhibition sexuelle : ☐ Violence involontaire : ☐
Menace physique : ☐ Menaces de mort : ☐ Port d'arme : ☐ Drogue / alcool : ☐
Menace avec arme : ☐ Violence avec arme : ☐ Agression sexuelle : ☐ Viol : ☐
Violence volontaire : ☐ Enlèvement, séquestration : ☐ Prise d'otage : ☐ Autre fait qualifié de crime : ☐

Préjudice aux biens
Dégradations de locaux : ☐ Dégradation de véhicule : ☐ Dégradations de matériel de valeur : ☐
Dégradation légère : ☐ Incendie volontaire : ☐ Tags, graffitis : ☐
Escroquerie : ☐ Atteinte aux informations : ☐
Vol sans effraction : ☐ Vol avec effraction : ☐ Vol à main armée : ☐
Vol de matériel électronique : ☐ Vol de moyen de paiement/papier d'identité : ☐ Vol de véhicule : ☐
Vol de matériel important : ☐ Vol de documents médicaux (ordonnance, tampon...) : ☐ Vol de petit matériel : ☐
Vol d'effets personnels : ☐ Vol de médicaments : ☐ Vol d'autres types de biens : ☐

Victimes/auteurs

Nombre de victimes

	Femmes	Hommes		Femmes	Hommes		Femmes	Hommes
Médecins ou assimilés :			Personnels administratifs :			Détenus :		
Infirmiers :			Agents de sécurité :			Visiteurs :		
Personnels soignants :			Patients :			Autres :		

Établissement victime : ☐

Nombre d'auteurs

	Femmes	Hommes		Femmes	Hommes		Femmes	Hommes
Médecins ou assimilés :			Personnels administratifs :			Détenus :		
Infirmiers :			Agents de sécurité :			Visiteurs :		
Personnels soignants :			Patients :			Autres :		

Victimes/auteurs

Bilan chiffré Nombre total de jours d'arrêt de travail : Nombre total de jours d'ITT :
Estimation du montant des dégradations : Estimation du montant des vols :

Mode opératoire Mode opératoire du vol avec effraction : L'arme a-t-elle été utilisée :
Type d'arme de l'auteur de l'événement :

Suites Suite engagée (plainte, main courante, etc.) Qui a déposé (victime, Éts) : Suite judiciaire :

Condamnation prononcée Peine de prison : ☐ Amende : ☐ Rappel à la loi : ☐ Autres : ☐

Commentaires

Description des dégradations

Commentaire général

Juillet 2017 - ONVS

L'échelle de gravité des signalements de l'ONVS[36]

Le recueil des signalements intègre une échelle de gravité reprenant les actes de violence tels que hiérarchisés dans le code pénal. Ils sont différenciés selon les atteintes aux personnes ou les atteintes aux biens puis déclinés par niveaux de gravité.

Les atteintes aux personnes

- **Niveau 1 :** injures, insultes et provocations sans menaces (propos outrageants, à caractère discriminatoire ou sexuel), consommation ou trafic de substances illicites (stupéfiants) ou prohibées en milieu hospitalier (alcool), chahuts, occupations des locaux, nuisances, salissures

- **Niveau 2 :** menaces d'atteinte à l'intégrité physique ou aux biens de la personne, menaces de mort, port d'armes (découverte d'armes lors d'un inventaire ou remise spontanée ou présence indésirable dans les locaux)

- **Niveau 3 :** violences volontaires (atteinte à l'intégrité physique, strangulation, bousculades, crachats, coups), menaces avec arme par nature (arme à feu, arme blanche) ou par destination (scalpel, rasoir, tout autre objet), agression sexuelle

- **Niveau 4 :** violences avec arme par nature (arme à feu, arme blanche) ou par destination (scalpel, rasoir, couverts, tout autre objet : lampe, véhicule, etc.), viol et tout autre fait qualifié de crime (meurtre, violences volontaires entraînant mutilation ou infirmité permanente, etc.)

Les atteintes aux biens

- **Niveau 1 :** vols sans effraction, dégradations légères, dégradations de véhicules sur parking intérieur de l'établissement (hors véhicules brûlés), tags, graffitis

- **Niveau 2 :** vols avec effraction

- **Niveau 3 :** dégradation ou destruction de matériel de valeur (médical, informatique, imagerie médicale, etc.), dégradations par incendie volontaire (locaux, véhicules sur parking intérieur de l'établissement), vols à main armée ou en réunion (razzia dans le hall d'accueil, etc.).

[36] http://social-sante.gouv.fr/dgos/onvs

Liste des sigles utilisés

ALD : Admission de longue durée
ANFH : Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier
AP-HM : Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille
AP-HP : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris
AS : Aide-soignante
ASE : Aide sociale à l'enfance
ASH : Agent de service hospitalier
AT : Arrêt de travail
AVP : Accident de voie publique
CATTP : Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CMP : Centre médico-psychologique
CP : Code pénal
CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSI : Chambre de soins intensifs (chambre d'isolement)
DATI : Dispositif d'alerte du travailleur isolé
EBL : Établissement à but lucratif
EBNL : Établissement à but non lucratif
EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPS : Établissement public de santé
ESPIC : Établissement de santé privé d'intérêt collectif
HAD : Hospitalisation à domicile
HAS : Haute autorité de santé
IAO : Infirmière d'accueil et d'orientation
IBODE : Infirmière de bloc opératoire diplômée d'État
IDE : Infirmière diplômée d'État
ITT : Interruption totale de travail
JAP : Juge de l'application des peines
MAS : Maison d'accueil spécialisé
MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique
OMS : Organisation mondiale de la santé
ONVS : Observatoire national des violences en milieu de santé
PASS : Permanence d'accès aux soins de santé
PSE : Plan de sécurisation des établissements de santé
PMI : Protection maternelle infantile
PTI : Protection du travailleur isolé
SAMU : Service d'aide médicale urgente
SAUP : Service d'accueil et d'urgences pédiatriques
SAUV : Salle d'accueil des urgences vitales
SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile
SSIAP : Service de sécurité incendie et d'assistance à personnes
SPDRE : Soins psychiatriques à la demande du représentant de l'État
SSR : Soins de suite et de réadaptation
TPN : Trouble psychique ou neuropsychique
UCC : Unité cognitivo-comportementale

UCSA : Unité de consultation et de soins ambulatoires
UHCD : Unité d'hospitalisation de courte durée
UHSA : Unité d'hospitalisation de soins adaptés (santé mentale)
UHSI : Unité d'hospitalisation de soins intensifs ou Unité hospitalière sécurisée interrégionale (détenus)
UHTCD : Unité d'hospitalisation de très courte durée
UMD : Unité pour malades difficiles (santé mentale)
UMJ : Unité médico-judiciaire
USLD : Unité de soins de longue durée
VSL : Véhicule sanitaire léger