



**MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**Direction générale
de l'offre de soins**

RAPPORT 2020

Données 2019



**OBSERVATOIRE NATIONAL
DES VIOLENCES
EN MILIEU DE SANTÉ**

Vincent TERRENOIR

Commissaire général de police
Délégué pour la sécurité générale
vincent.terrenoir@sante.gouv.fr

Claude BARAT

Gestionnaire ONVS
claude.barat@sante.gouv.fr

Christine MASSABUAU

Chargée d'études statistiques
Bureau SR5
Données de pilotage et aide à la décision

Rapport en ligne sur

<http://social-sante.gouv.fr/dgos-onvs>

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.

SOMMAIRE

PROPOS LIMINAIRES	3
INTRODUCTION ET CONTEXTE DE LA VIOLENCE	4
I. PRÉSENTATION DES DONNÉES 2019	9
I.1 Les signalements par région.....	9
I.2 Les types d'établissements déclarants (publics, privés, privés d'intérêt collectif)	11
I.3 Les événements signalés.....	12
I.4 Les atteintes aux personnes.....	18
✓ Les violences signalées par les SSIAD, en HAD et par les SMUR	25
✓ Des structures qui ne semblent pas toujours adaptées à la pathologie du patient/résident	27
I.5 Les atteintes aux biens.....	29
✓ Dans l'enceinte extérieure de l'établissement.....	31
✓ À l'intérieur des divers bâtiments de l'établissement	34
II. ANALYSE DES VIOLENCES ENVERS LES PERSONNES	40
II.1 Les atteintes aux personnes	40
✓ Des violences volontaires sans arme sur les personnels	42
✓ Des menaces et violences volontaires avec arme sur les personnels	44
II.2 Typologie des auteurs	49
✓ Quatre catégories d'auteurs.	50
II.3 Les motifs de violence	59
1- Reproche relatif à une prise en charge.....	59
2- Refus de soins (de « nursing »)	67
3- Temps d'attente jugé excessif	67
4- Alcoolisation.....	70
5- Refus de prescription	71
6- Règlements de compte - Conflits familiaux.....	72
7- Diagnostic non accepté	76
8- Drogue	76
9- Suicide et tentative	78
10- Atteinte au principe de laïcité	81
11- Automutilation	83
12- Autres	84
II.4 La gestion des événements de violence.....	86
II.5 Les suites données	90
II.6 Décisions de justice	91
III. DIVERS FOCUS	97
III.1 La violence verbale : insultes, outrages, menaces physiques, menaces de mort et leur impact négatif... ..	97
II.2 La violence et les mineurs	107

III.3 Les services de psychiatrie	123
III.4 Les services de gériatrie	133
III.5 Les services des urgences	140
CONCLUSION	148
Échelle de gravité des signalements	152
Thème des ✓ Remarques	153
Liste des abréviations, sigles et acronymes utilisés	154

Propos liminaires

■ **Le Rapport 2020 (données 2019) de l'Observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS) reprend à dessein, avec quelques modifications et ajouts, l'introduction et la conclusion du précédent rapport**, confortant ainsi l'analyse et les réponses à fournir face aux diverses formes d'atteintes aux personnes et aux biens dans le contexte sociétal actuel.

■ **Deux focus sont présentés**, en plus de ceux concernant habituellement la psychiatrie, la gériatrie et les urgences : **celui sur la violence verbale (insultes, outrages, menaces physiques, menaces de mort)**. Déjà mis en exergue l'année précédente, l'ONVS tient à insister de nouveau sur ce thème, d'une part, en raison des multiples signalements qui remontent de toutes les structures et spécialités, d'autre part, en raison de la « saturation » et des impacts si négatifs, dont celui psychologique, que cette violence verbale provoque chez tous les personnels, lesquels la subissent parfois de façon quasi-quotidienne. Cette violence verbale dégénère facilement en violence physique. **Le second focus aborde la violence et les mineurs**. Le lecteur pourra se reporter pour mémoire aux huit autres focus, toujours d'actualité, développés dans le Rapport 2019, données 2018 (Voir les thèmes recensés au début du III. Divers focus, p. 97 dans ce rapport).

■ **D'autres aspects sont également davantage développés**, ainsi en ce qui concerne les violences volontaires sans arme sur les personnels et les menaces et violences volontaires avec arme (surtout celle par destination) sur les personnels, de même en ce qui concerne les violences entre les personnels.

■ **Les données chiffrées sont présentées en page 9 et suivantes**. La déclaration n'étant pas obligatoire, ces données chiffrées non exhaustives doivent donc être analysées avec circonspection.

■ **Les verbatim (signalements)**. De fait, ces données chiffrées ne sauraient à elles seules rendre compte ni de la réalité de tous les types d'atteintes aux personnes et aux biens dans les établissements ni du contexte et du ressenti des victimes et des témoins des faits. Or ces trois aspects méritent une analyse approfondie et détaillée pour comprendre les causes et les conséquences de cette violence protéiforme, d'en donner aussi une juste vision pour que les établissements puissent ensuite mettre en place la meilleure politique possible de prévention et de lutte. Ainsi, la lecture des verbatim sélectionnés constitue-t-elle un apport précieux et indispensable.

INTRODUCTION ET CONTEXTE DE LA VIOLENCE

■ **L'ONVS recense les atteintes aux personnes et aux biens¹ hors du champ des pratiques médicales.** Les incivilités, violences et actes de malveillance signalés le sont :

- de patients/résidents/accompagnants et autres personnes sur personnels de santé,
- entre patients/résidents/accompagnants et autres personnes,
- de personnels de santé sur patients/résidents/accompagnants,
- entre personnels de santé.

■ **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 3^e 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. in fine le détail de l'échelle de gravité des atteintes aux personnes et aux biens.

Le signalement n'est pas une plainte et n'a donc aucune valeur juridique. Il s'agit d'un ressenti variable d'un individu à l'autre et d'un fait à l'autre. Le fait le plus grave détermine le niveau du signalement.

■ **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.).

¹ Il est rappelé que c'est à dessein que ces signalements sont anonymes, tant à l'égard des personnes que des établissements. Le but, en effet, n'est pas de discréditer des personnes et des établissements mais bien d'inciter à la déclaration pour avoir ainsi la connaissance la plus exhaustive possible des diverses formes d'atteintes aux personnes et aux biens. Ce n'est que par ce biais que, d'une part, l'ONVS peut tirer de justes conclusions et, d'autre part, proposer en retour une réponse politique nationale où chaque établissement peut puiser des idées applicables et appropriées à son contexte (voir conclusion). Dans le cadre d'un travail collectif national, l'ONVS doit ainsi pouvoir profiter des données transmises par chaque établissement. Cela permet à ce dernier d'avoir une vue nationale sur ce sujet.



En effet, la prévention et la lutte contre les violences, les incivilités et les actes de malveillance ne sauraient se départir d'une **approche dite « triangulaire », en 3 axes**, 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 pourront 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.**

■ **De nombreux verbatim ou extraits sont retranscrits (en bleu)**, reflétant la réalité quotidienne des multiples situations d'atteinte aux personnes et aux biens qui touchent toutes les structures publiques ou privées et tous les services et lieux des établissements de santé, médico-sociaux et de l'hospitalisation et des soins à domicile. Le choix de ces retranscriptions ne dépend pas du nombre important ou non de signalements dans telle ou telle structure d'établissement, spécialité ou lieux, mais de l'intérêt de la thématique de violence signalée et des enseignements à tirer.

Qu'ils soient pudiques et courts ou longs et détaillés, ces signalements révèlent sans conteste la violence dont la personne a été victime. Ils expriment une souffrance ponctuelle ou habituelle, une situation particulièrement angoissante, une lassitude et une saturation face à la violence, un sentiment d'impuissance ou encore d'échec dans la prise en charge.²

Le besoin de s'exprimer, de retranscrire les propos menaçants et insultants, de décrire les gestes, les attitudes et même le regard de l'auteur de la violence apportent cette touche concrète aux 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 avec ses différentes modalités d'expression au sein des établissements, et la manière dont elle est ressentie par ceux qui la subissent directement ou par contrecoup et par ceux qui la constatent. D'une façon générale le signalement présente certes un caractère subjectif, mais c'est bien ce ressenti qui témoigne de la souffrance au travail et qui affecte les personnels. Enfin, on pourrait dire que cet écrit libère « la parole » car il semble que les agents arrivent mieux à exprimer leur ressenti à leur hiérarchie par ce biais que par oral. (Sur l'enseignement des signalements voir pp. 10-11 et ✓ Remarque 2).

Comme l'expriment les personnels dans les extraits de signalements qui ont été relevés (toute structure ou spécialité confondue), cette violence, qu'elle ait ou non un caractère de délinquance ou d'incivisme, qu'elle soit due ou non à des personnes au discernement altéré ou souffrant d'un handicap produit les mêmes effets négatifs :

Sur les personnels.

- ✓ « *Angoisse de faire les soins ; frustration ; sensation de mal faire les soins* »,
- ✓ « *Stress participant à l'épuisement des professionnels et démoralisation du personnel* »,
- ✓ « *Sentiment d'avoir été agressé gratuitement dans l'exercice de ses fonctions* »,
- ✓ « *Sentiment de lassitude face à la récurrence de la violence dans le service* », « *Saturation* »,

² Le personnel ressent parfois le besoin de se justifier parce que même s'il pense avoir bien agi, il peut craindre une réaction négative de sa hiérarchie. C'est ainsi que certains établissements, afin d'avoir une plus grande et meilleure connaissance des violences se déroulant dans leur établissement, ont établi une charte protégeant l'agent de toute sanction (sauf faute détachable du service) pour l'inciter à déclarer un événement indésirable. Il est également parfois plus facile à l'agent d'écrire ce qu'il a ressenti que d'en faire part verbalement à sa hiérarchie, prenant ainsi le temps de relater les faits et d'exprimer ses réactions et son ressenti.

- ✓ « Atteinte psychologique (stress, cauchemar), difficulté d'évacuer la scène et de plus en plus de mal à se rendre à son poste », « Soignants choqués et inquiets », « La personne a été frappée des regards de haine à son encontre et a ressenti une très forte humiliation », « Je me suis sentie salie, humiliée »,
- ✓ « Sentiment de défaut de soutien »,
- ✓ « Sentiment d'insécurité, trouble de la tranquillité du service »,

Sur les autres patients et témoins des faits.

- ✓ « Stress pour tous les autres patients », « Autres résidents choqués et apeurés »,
- ✓ « Ensemble des patients incommodés », « Sentiment d'insécurité »,

Sur le fonctionnement du service.

- ✓ « Désorganisation dans la prise en charge du patient et des autres patients »,
- ✓ « Désorganisation du service : mobilisation de l'ensemble du personnel présent au détriment de la prise en charge des autres résidents, laissés sans surveillance »,
- ✓ « Défaut de PEC [prise en charge] et non-respect du projet de soins et du projet de service », « Perte de temps et mise en danger pour les agents dans un contexte de charge de travail élevée ; plus de maîtrise sur le reste du service »,
- ✓ « Mobilisation chronophage de l'équipe médico paramédicale entière »,
- ✓ « Non-respect du projet de soins et du projet de vie de la personne »,

■ **Un contexte sociétal d'extension des incivilités et des violences, lequel n'est pas spécifique au monde de la santé.** Les établissements de santé et médico sociaux, le domicile du patient, la rue, autant de lieux où les professionnels de santé et personnels, subissent des incivilités, de la dégradation de biens et de l'outil de travail, de la violence verbale et physique, cette dernière pouvant être parfois dramatique.

Le monde de la santé n'échappe pas à un fait de société qui touche en réalité toute profession rendant un service à nos concitoyens³ et que les professionnels de santé traduisent souvent en des termes qui leurs sont typiques : « *Intolérance à la frustration* +++ ». Cette « *frustration* » se traduit par une réaction plus ou moins violente à une contrariété que la personne ne peut pas supporter sur fond d'impatience dans un contexte culturel individualiste, de la satisfaction immédiate et du « *J'y ai droit* ».

Cette réaction est aggravée dans le domaine de la santé lorsque le patient est sous l'emprise de l'alcool, de médicaments, de produits stupéfiants, rendant particulièrement difficiles la protection et la sécurité du soignant, sans compter l'impact psychologique, facteur de sentiment d'insécurité, sur les témoins (autres personnels, patients, accompagnants, etc.). **Toutefois, ce ne sont pas que des personnes aux comportements délinquants ou dans un état second qui sont auteurs de ces violences, mais aussi n'importe quel citoyen, parfois inquiet, anxieux ou souffrant** (v. les quatre catégories d'auteurs, II.2 Typologie des auteurs, p.50). D'une façon générale, les relations entre les soignants et les patients/résidents et/ou leurs accompagnants peuvent dégénérer en un trait de temps à la suite d'un différend, voire d'une simple incompréhension, détériorant ainsi le caractère équilibré de l'alliance thérapeutique et de la relation de confiance qui affectent *de facto* la qualité des soins.

■ **Violences ET incivilités.** 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**.

³ On retiendra cet exemple d'un arbitre de rugby (personne participant à une mission de service public, bénéficiant de ce fait d'une protection pénale renforcée), lequel a pris un violent coup de poing dans la figure (entraînant 8 jours d'ITT) à la suite d'un match dont l'enjeu n'étant pourtant celui d'une confrontation sportive d'un niveau international (1^{ère} série de Nouvelle-Aquitaine). Source : 22.12.2019 <https://rugbyamateurl.fr/violences-nouvelle-agression-contre-un-arbitre/>

*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, démobilitation 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.** »⁴*

✓ **Remarque 1** Dans ce contexte sociétal où par ailleurs le respect de l'autorité et du cadre sont particulièrement mis à mal, la question fondamentale pour le personnel de santé est de savoir justement 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. Comment d'ailleurs continuer à soigner dans une relation de rapport de force et de violence qui fausse la confiance ?

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 (Voir III Divers focus. III.1 La violence verbale : insultes, outrages, menaces physiques, menaces de mort et leur impact négatif, pp. 97-106).

Diverses options existent : attitude ferme, recadrage verbal, médical, psychologique, pouvoir du directeur d'établissement concernant la bonne marche de l'établissement (règlement intérieur et respect des conditions de séjour), lettre de mise en garde,⁵ lettre de soutien au personnel, exclusion temporaire, 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 compris en cas de menaces ou de violences commises en raison de l'appartenance à l'une de ces professions (cf. Code de la santé publique ; 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

■ **Déplacements de l'ONVS sur site, conférences, réunions. Projet de service pour prévenir et lutter contre la violence. Une prise en compte global des risques et un enjeu de gouvernance.** La seule analyse des signalements ne permettrait pas à l'ONVS d'avoir une connaissance approfondie des atteintes aux biens et aux personnes et de leurs diverses formes d'expression sans mener parallèlement un travail de terrain par des rencontres sur site avec les directions et les personnels au sein de leurs unités, pôles et services⁶. Les bénéfiques sont à double sens, bien évidemment pour l'ONVS, mais aussi pour ses interlocuteurs (apport de la vision nationale sur le phénomène des violences,

⁴ 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.

⁵ 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, le respect des conditions de séjour (art. R 1112-40 à 1112-55 du CSP), les principes élémentaires de politesse et de civisme ainsi que les dispositions du code pénal protégeant les professionnels de santé.

⁶ L'ONVS a par ailleurs continué à nouer en 2019 des contacts toujours plus étroits avec les ordres professionnels de santé afin de traiter cette problématique dans la globalité des violences, dont celle de l'exercice libéral, et non à travers le seul prisme du secteur hospitalier (conférences, réunions, conseils et réponses à des questions sur le vaste champ de cette thématique). Il a pu également rencontrer à ce sujet des libéraux dans le cadre des URPS.

situation de l'établissement par rapport aux tendances et aux expressions de la violence, échange sur les difficultés rencontrées, bonnes pratiques et conseils, importance de développer des relations de proximité avec les partenaires institutionnels chargés de la sécurité et de l'action judiciaire et avec d'autres acteurs comme par exemple les municipalités, etc.).⁷

L'ONVS pose un double constat :

- **Prévenir et lutter contre ces violences consiste pour le directeur d'établissement à mettre en œuvre un « projet de service » impliquant l'ensemble des personnels – dont la communauté médicale en raison de son rôle essentiel dans la dispensation et la continuité des soins et de direction des services, pôles et unités – chacun à son niveau de responsabilité, afin de le traiter dans sa globalité (aspects humains, médicaux, psychologiques, administratifs, juridiques, techniques, logistiques, architecturaux, financiers, formations théoriques et pratiques, communication, etc.). Il s'agit d'un acte majeur de gouvernance en vue de la gestion des risques pour lequel le directeur dispose de la vision globale de cette problématique et des enjeux.** Traiter la question de façon sporadique, comme par exemple à la suite d'un événement violent qui aura particulièrement marqué les esprits, ne permet pas de mener une politique bénéfique de gestions des risques sur le long terme, et ne répond pas pleinement à la mission de protection qui lui est impartie (articles L. 4121-1 et 4121-2 du Code du travail).
- **Ainsi, en parallèle de la compétence de sécurité sanitaire qui lui est évidemment naturelle, le directeur d'établissement se doit de développer ce qu'on pourrait appeler « la compétence de sécurité des personnes et des biens »⁸, là où ce n'est pas déjà fait, tant les impacts des incivilités, des violences et des actes de malveillance sont négatifs :**
 - ✓ arrêts de travail, personnel en souffrance,
 - ✓ difficulté de fidélisation, difficulté de recrutement,
 - ✓ désorganisation des services,
 - ✓ coût humain, social et financier pour l'établissement,
 - ✓ dégradation de la réputation et de l'image de l'établissement,
 - ✓ sentiment d'insécurité pour les personnels, pour les patients non directement victimes,
 - ✓ atteinte à la mission de service public (assurer les soins et leur continuité).

L'ONVS rappelle qu'il existe une disparité entre les établissements pour remplir cette « compétence de sécurité », ainsi en ce qui concerne la mise en mouvement de la protection fonctionnelle (art. 11 de la loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, v. note 31, p. 91 et note 51, p. 151).

**Prévention et lutte contre les violences
en milieu de santé**

Contexte - État des lieux - Préconisations

Lors de ses déplacements et de l'information sur les violences, l'ONVS propose une présentation des atteintes aux personnes et aux biens dans un diaporama qui reprend notamment des éléments essentiels du rapport annuel :

<https://solidarites-sante.gouv.fr/dgos-onvs>

⁷ **LA « CONVENTION SANTÉ - SÉCURITÉ - JUSTICE »** est un outil pragmatique permettant de nouer avec les divers partenaires institutionnels de l'établissement de santé des contacts étroits et réguliers pour résoudre localement les difficultés générant des atteintes aux personnes et aux biens (incivilités, violences, actes de malveillance et prévention de la menace terroriste). Outre les acteurs traditionnels (police, gendarmerie, préfecture, parquet) des établissements ont associé également le pdt de la CME, l'ARS, la municipalité, l'administration pénitentiaire, le tribunal judiciaire (juge des libertés et de la détention). C'est un moyen indispensable pour le directeur de l'établissement de s'entourer des compétences de ses partenaires institutionnels afin d'assurer sa mission de sûreté et de sécurité envers l'ensemble des personnes et des biens. **V. modèles de convention :** <https://solidarites-sante.gouv.fr/dgos-onvs-documentation-pratique>.

⁸ Pour rappel, c'est bien le sens de la circulaire ministérielle de novembre 2016 sur la sécurisation des établissements de santé, laquelle englobe l'ensemble des aspects évoqués.

Voir : https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2016/16-12/ste_20160012_0000_0061.pdf

I. PRÉSENTATION DES DONNÉES 2019

451 établissements, soit 7,8 % des établissements, ont déclaré 23 780 signalements d'atteintes aux personnes et aux biens en 2019.

(426 établissements, soit 7,3 % des établissements, avaient déclaré 23 360 signalements en 2018).

(soit + 5,9 % d'établissements signalant et + 1,8 % de signalements par rapport à 2018)

I.1 Les signalements par région

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 2019 par région

Régions et Outre-mer (ordre alphabétique)	Nombre d'établissements déclarants		Nombre de signalements	
	2018	2019	2018	2019
Auvergne-Rhône-Alpes	29	36	739	730
Bourgogne-Franche-Comté	18	18	1 020	1 059
Bretagne	23	24	1 860	2 026
Centre-Val-de-Loire	17	15	549	648
Corse	1	1	64	64
Grand-Est	54	50	1 823	2 204
Hauts-de-France	31	30	1 686	1 898
Île-de-France	72	72	6 079	5 845
Normandie	41	49	2 792	3 046
Nouvelle-Aquitaine	29	37	1 498	1 535
Occitanie	39	39	1 858	1 817
Pays-de-la-Loire	16	21	1 005	1 200
Provence-Alpes-Côte-D'azur	48	48	1 712	1 243
Guadeloupe	0	0	0	0
Guyane	1	1	92	87
Martinique	1	1	0	4
La Réunion	5	8	550	306
Mayotte	1	1	18	68
	426	451	23 360	23 780

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

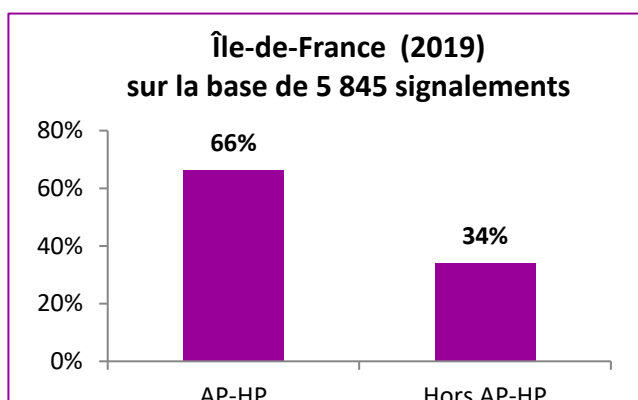
NB : les établissements de l'AP-HP et de l'AP-HM sont identifiés en entité « Établissement géographique »

L'implication dans le dispositif est variable sans que l'on puisse tirer de conclusions générales.

Graphique 1. Signalements 2019 en Île-de-France

L'Île-de-France représente toujours le plus gros pourcentage de signalements sur toutes les régions, soit 21,19 % du total des signalements nationaux (avec 5 845 faits). On constate une baisse par rapport à l'an passé où elle faisait un quart des signalements. C'est au sein de l'AP-HP que cette baisse a eu lieu, passant de 75% à 66% de signalements et 3 865 faits (contre 4 552 en 2018). En revanche les autres établissements de cette région ont plus déclaré (1 980 faits pour 1 527 en 2018).

On rappellera que c'est au sein de l'AP-HP que les services des urgences ont débuté en mars 2019 un mouvement de grève en raison des violences subies.



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

D'une façon générale, **l'outil informatique de recensement des violences ne présente un intérêt que si l'établissement se lance dans une véritable politique d'analyse objective des causes de violences et d'incivilités** exprimés notamment dans les signalements car, comme toute institution, l'institution hospitalière peut générer de la violence.

✓ Remarque 2 Les causes de violences dues à l'institution⁹ sont à rechercher dans :

- **les facteurs humains** : les relations soignants, soignés-entourage ; les relations hiérarchiques ; les relations entre collègues ; les relations avec les autres interlocuteurs réguliers ou non (les divers prestataires extérieurs).
- **les facteurs institutionnels et organisationnels**¹⁰ : l'organisation du travail, des services, des structures et des unités ; l'affectation des personnels ; leur formation initiale ou continue ; l'organisation de la vie en collectivité pour les patients et les résidents (horaires imposés, activités) ; les structures non adaptées à la pathologie des patients, la coordination des soins, la communication durant les transmissions, etc.
- **les facteurs architecturaux** : l'aménagement et la conception des locaux ; la sécurité des lieux et du matériel ; l'accueil et la gestion de la fluidité des patients et des résidents, etc.

À l'issue de ce travail d'analyse, il convient de s'orienter sur les meilleures solutions adaptées au contexte de l'établissement. Ce point est développé en conclusion dans le cadre de la prévention primaire, secondaire et tertiaire.

⁹ L'Observatoire national de la qualité de vie au travail des professionnels de santé et du médico-social a publié, en mai 2020, ces premiers travaux, lesquels apportent des éléments intéressants dont bien des aspects sont en rapport avec les facteurs humains et ceux institutionnels et organisationnels évoqués.

Source : <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-et-travail/observatoireQVT/>

¹⁰ Ce critère dans l'analyse des violences est d'autant plus important à prendre en compte que l'augmentation de la charge de travail dans les établissements de santé ne manquera certainement pas d'avoir des répercussions négatives sur les relations au sein de chaque établissement. La DREES en fait cette année encore le constat : « L'augmentation du nombre de prises en charge hospitalières se poursuit dans toutes les disciplines, sous l'effet du vieillissement de la population et de la hausse du nombre de patients chroniques ou polyopathologiques. Pour la deuxième année consécutive, le nombre de séjours en hospitalisation complète se replie (-1,3 %, après -0,8 % en 2017). Alternatives à cette forme de prise en charge, les hospitalisations partielles (sans nuitée) continuent de progresser, tout comme les séjours. Le recours aux urgences poursuit également sa hausse, à un rythme stable depuis deux décennies (3,4 % par an). »

Source : Panorama des établissements de santé, DREES, édition 2020, Vue d'ensemble, p. 8.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/es2020.pdf>

La fiche d'événement indésirable et son analyse. 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 aux victimes.

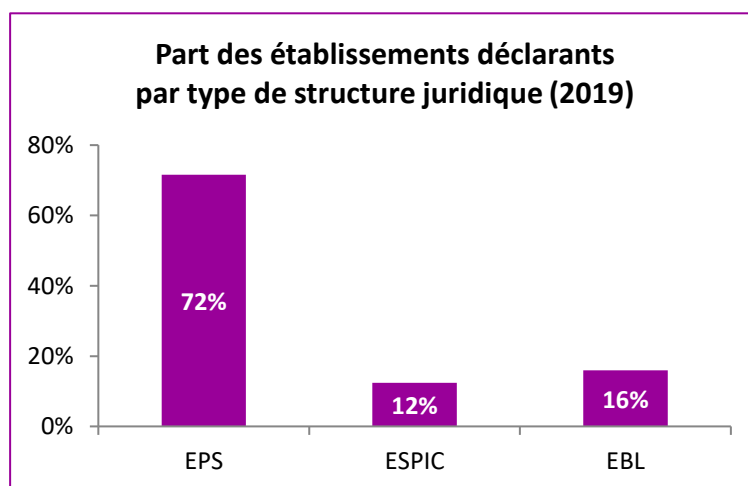
Ces fiches (ou déclarations) peuvent ainsi permettre de détecter des dysfonctionnements ou encore de révéler des agents en souffrance : « *Les difficultés exprimées par les nouveaux professionnels ont montré la nécessité de renforcer leur accueil et leur suivi. Les DEI, lorsqu'ils sont réalisés par des soignants en situation d'épuisement professionnel, pourraient avoir un rôle d'alerte pour la hiérarchie.* »¹¹

1.2 Les types d'établissements déclarants (publics, privés, privés d'intérêt collectif)

- 323 des 924 établissements publics de santé (EPS) ont déclaré 21 267 signalements soit 35,17 % des EPS déclarants.
- 56 des 1 533 établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) ont déclaré 2 193 signalements, soit 3,65 % des ESPIC déclarants.
- 72 des 1 314 établissements de santé privés à but lucratif (EBL) ont déclaré 320 signalements, soit 5,47 % des EBL déclarants.

Les EBL et les ESPIC sont quasiment stables dans la déclaration de signalements (2 513 contre 2 498 en 2018) avec toutefois un peu plus d'EBL déclarants. Ces établissements privés vivent les mêmes difficultés concernant les atteintes aux personnes et aux biens que les établissements publics, bien que parfois dans des proportions différentes.

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

¹¹ « *Le personnel soignant face aux violences physiques des personnes âgées institutionnalisées.* » Enquête à partir des déclarations d'événements indésirables et d'entretiens semi-dirigés, Marina Blanchard, thèse en vue du diplôme d'État de docteur en médecine, Université de Rennes 1, sous le sceau de l'Université Bretagne Loire. Président du jury, Dominique Somme, PU-PH au CHU de Rennes, Gabriel Robert MCU-PH au CHU de Rennes, Françoise Tattetin, Professeur associé en médecine générale, Aline Corvol, Docteur au CHU de Rennes, directeur de thèse, 22 décembre 2017, page 50.

Les établissements médico-sociaux déclarent très peu de signalements à l'ONVS. Les liens développés et visites effectuées montrent que les violences sont autant présentes en ces structures que dans les établissements de santé. Les violences semblent davantage du domaine des violences commises en raison d'une pathologie. Toutefois, **l'ONVS encourage les directeurs de ce type structure à davantage se rapprocher des forces de police et de gendarmerie pour évoquer toutes les problématiques d'atteintes aux personnes et aux biens qu'ils peuvent rencontrer** (vol, dégradation, intrusion, harcèlement, conflit familial se reportant sur le personnel, menace de dépôt de plainte contre le personnel, violences, etc.). **Cette relation de proximité est un appui essentiel pour les soutenir dans la bonne gestion de leur établissement tandis qu'ils ne bénéficient pas d'un encadrement aussi étoffé que dans les établissements de santé**, qui facilite la prise en compte de cette problématique.¹²

1.3 Les événements signalés

Les événements signalés sont classés en deux catégories d'atteintes :

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

L'ONVS a recensé **26 060 atteintes aux personnes et aux biens** réparties ainsi :

21 234 atteintes aux personnes

4 826 atteintes aux biens

dont 2 349 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 en annexe *in fine* l'échelle de gravité des signalements de l'ONVS).

Les établissements font remonter majoritairement des atteintes aux personnes et plus fortement en 2019 qu'en 2018. En effet, ce type d'atteintes est, pour des raisons évidentes, celui qui est le plus mal ressenti par les personnels. Par ce biais, les victimes désirent également alerter sur leurs conditions de travail et la dégradation des relations patients/soignants. Il est utile aussi que les établissements fassent remonter les incivilités car, comme il est indiqué pp. 6-7, les incivilités produisent sur le long terme les mêmes effets négatifs que les violences physiques.

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 3** **Les violences « médicalement » involontaires : les TPN.** Certains actes sont « médicalement » involontaires parce que dus à des pathologies comme par exemple 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 altération de tout ou partie du discernement : Art. 122-1 du Code pénal. « *N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son*

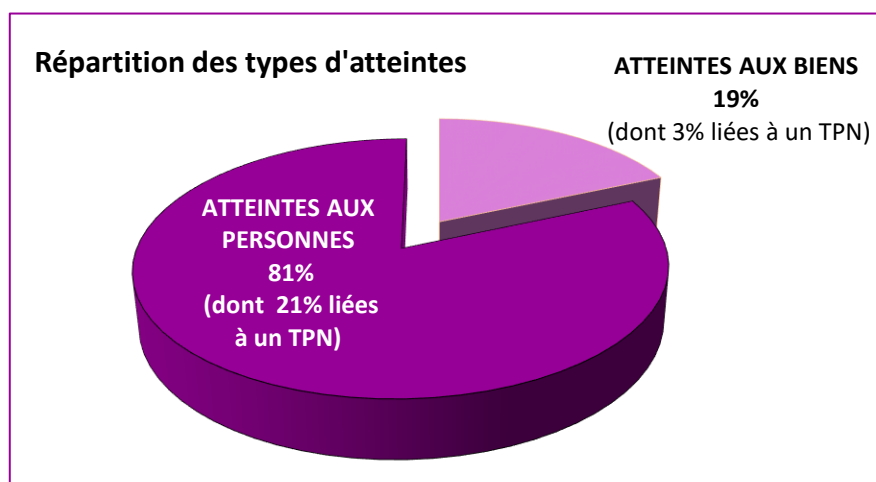
¹² Sans avoir à signer forcément une « convention santé-sécurité-justice », il est utile, pour de plus petites structures que des CHU/CH/CHS, d'en reprendre les grands principes pour envisager avec les acteurs locaux, police et gendarmerie nationales, une collaboration simple, pragmatique et efficace pour les deux parties (Échanges de coordonnées régulièrement mises à jour, rencontre sur site, présentation des diverses difficultés se rapportant à la sécurité des personnes et des biens). **Il est rappelé également que tout établissement peut bénéficier de conseils des « référents sûreté » et des « correspondants sûreté » de la police et de la gendarmerie nationales.**

<https://www.interieur.gouv.fr/Archives/Archives-des-dossiers/2012-Dossiers/Les-referents-surete>

discernement ou le contrôle de ses actes. La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable. Toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime. [...] »

Il s'agit donc dans les signalements de prendre simplement en compte 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 15 qui donne le détail par type d'unité ou de structure des violences attribuées à un TPN.

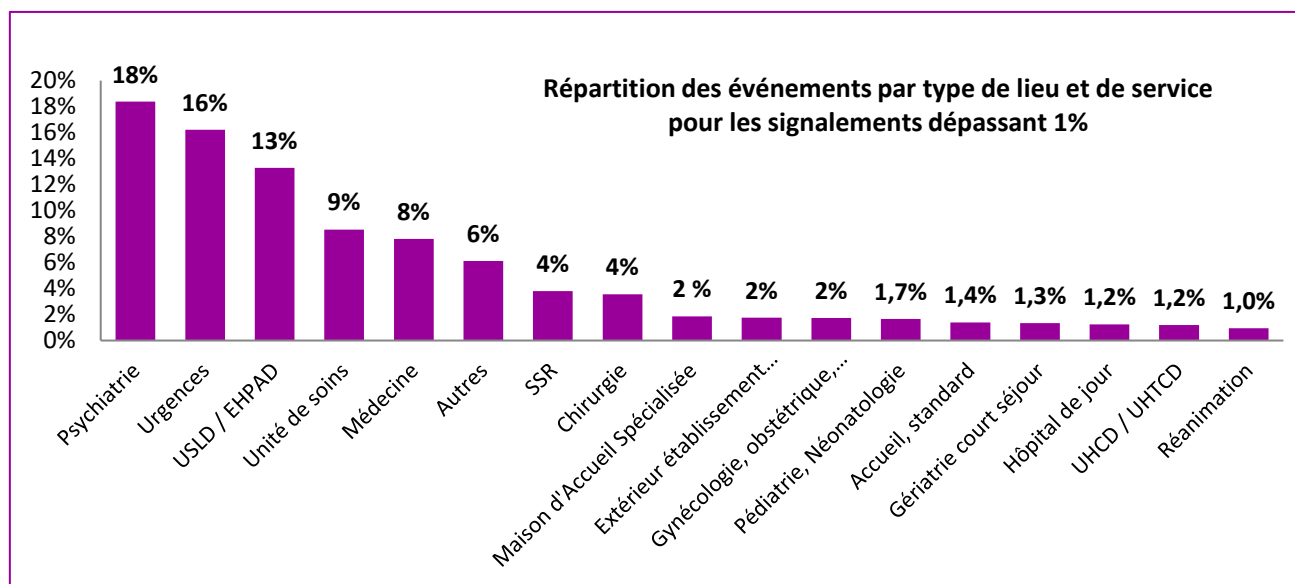
Graphique 3. Répartition des signalements d'atteintes aux personnes et aux biens



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

Ce graphique permet de comprendre que dans le cadre des atteintes aux personnes, très majoritairement déclarées (8 cas sur 10), 21% des atteintes sont liées à un TPN pour les atteintes aux personnes et 3% pour les atteintes aux biens. Ces chiffres sont quasi stables d'une année sur l'autre.

Graphique 4. Répartition des événements par type lieu ou par service



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

Analyse du graphique 4 de la page 13 et du tableau 2 de la page 15.

- **17 structures et lieux ont enregistré le plus de signalements**

Psychiatrie, urgences, USLD/EHPAD, Unité de soins et Médecine sont chaque année les structures qui connaissent le plus de signalements. Les pourcentages sont quasi identiques d'une année sur l'autre et dont le nombre de signalements sont, pour chacun, au-delà des 1 000 signalements.

En nombre de faits signalés, les 3 premiers secteurs connaissent une augmentation, la plus forte étant pour les USLD/EHPAD. Il convient d'ailleurs d'ajouter la gériatrie court séjour (1,5% des faits), ce qui donne un pourcentage de 14, 3% de violences dans ce secteur.

Les unités de soins se répartissent entre psychiatrie et MCO.

« Autres » concerne des lieux divers (hall d'accueil et divers endroits des établissements, etc.)

- **Les 25 autres structures et lieux représentant moins de 1% des déclarations**

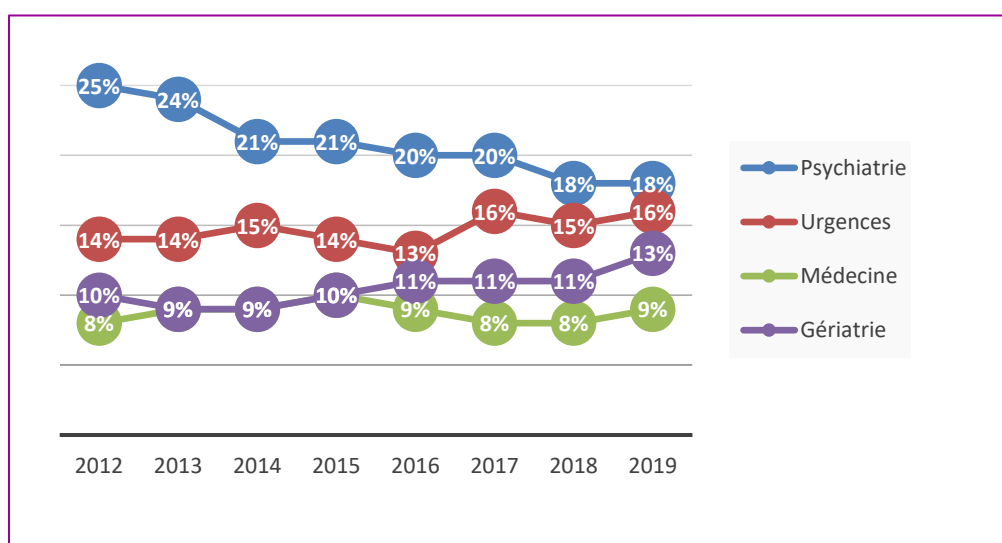
On constate toujours une forte proportion des faits dus à une pathologie en secteur de gériatrie et de psychiatrie et dans les structures en lien direct avec ces services.

Les faits en MAS révèlent également des TPN importants.

L'analyse des 25 autres structures, types de lieu ou de service avec des signalements < 1% montrent que 7 d'entre elles ont des taux de TPN qui dépassent les 20 %.

Comme évoqué dans la ✓ Remarque 2, p. 10, il convient de travailler, entre autres, sur la formation pratique des personnels à la gestion des violences verbales et physiques et à la communication, la formation sur les pathologies, l'encadrement et, pour les jeunes ou étudiants « le compagnonnage » ou transmission des savoir-être et savoir-faire par les plus expérimentés, leur affectation dans une unité qui correspond le mieux à leur profil et à leurs compétences, la dotation d'un matériel de protection et de sécurité, et la cohésion des équipes pour prévenir le mieux possible les violences et savoir y faire face.

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

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

Type de lieu ou de service	Total des faits signalés		Atteintes non liées à TPN		Atteintes liées à un TPN	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Psychiatrie	4 371	18	2 752	63	1 619	37
Urgences	3 855	16	3 647	95	208	5
USLD / EHPAD	3 159	13	1 651	52	1 508	48
Unité de soins	2 032	9	1 533	75	499	25
Médecine	1 861	8	1 606	86	255	14
Autres	1 458	6	1 101	76	357	24
SSR	904	4	508	56	396	44
Chirurgie	846	4	809	96	37	4
Maison d'Accueil Spécialisée	441	2	235	53	206	47
Extérieur établissement (sous-sol, jardin, parking)	416	2	406	98	10	2
Gynécologie, obstétrique, maternité	415	2	412	99	3	1
Pédiatrie, Néonatalogie	395	1,7	380	96	15	4
Accueil, standard	330	1,4	316	96	14	4
Gériatrie court séjour	320	1,3	192	60	128	40
Hôpital de jour	297	1,2	255	86	42	14
UHCD / UHTCD	283	1,2	257	91	26	9
Réanimation	226	1	210	93	16	7
Type de lieu ou de service avec un total des faits signalés < 1%						
Radiologie	212	0,9	208	98	4	2
UMD	193	0,8	88	46	105	54
Rééducation	170	0,7	136	80	34	20
Centre Médico-Psychologique	167	0,7	130	78	37	22
Addictologie	162	0,7	146	90	16	10
Bloc opératoire	137	0,6	137	100		
Polyhandicapés	132	0,6	56	42	76	58
Vestiaires	92	0,4	92	100		
Services techniques, sécurité	80	0,3	77	96	3	4
Bureau du personnel	71	0,3	69	97	2	3
Foyer d'enfance / Adolescents	68	0,3	41	60	27	40
SSIAD / domicile du patient	58	0,2	56	97	2	
Pharmacie (PUI)	44	0,2	42	95	2	5
Laboratoire	40	0,2	40	100		
UCSA	39	0,2	39	100		
Accueil Mère-Enfant	38	0,2	38	100		
Centre de détention	29	0,1	29	100		
UHSA	27	0,1	17	63	10	37
Chambre mortuaire	15	0,1	15	100		
UHSI	15	0,06	14	93	1	
Unité Médico-Judiciaire (UMJ)	12	0,05	12	100		
Alcoologie	11	0,05	10	91	1	9
Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel	10	0,04	5	50	5	50
Magasins	9	0,03	9	100		
Non précisé	340	1,43	322	95	18	5
Total	23 780	100%	18 098		5 862	

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

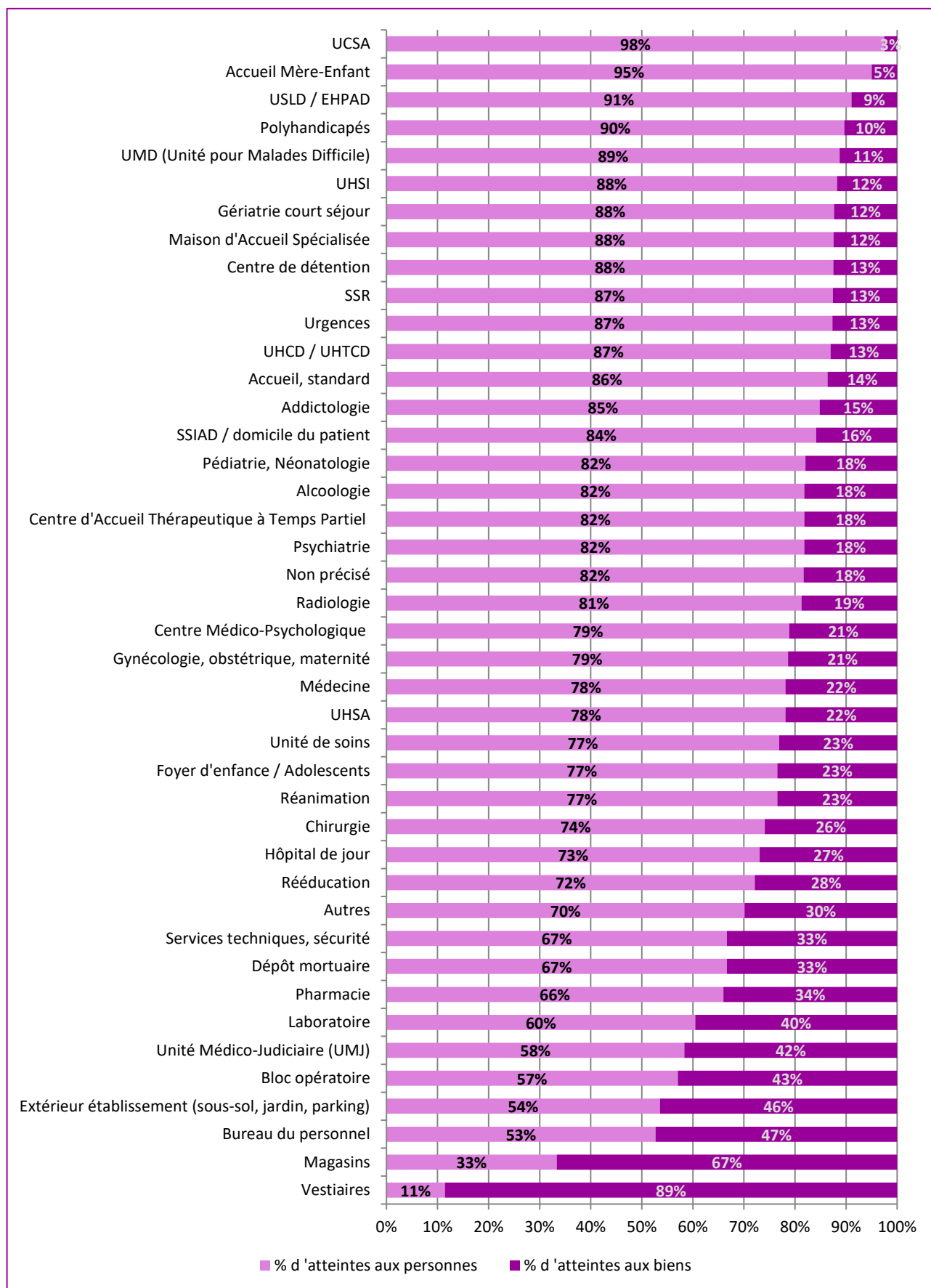
Tableau 3. Répartition des signalements (atteintes aux personnes et aux biens) par lieu ou unité

Type de lieu ou de service	Total des signalements *	Nombre d'atteintes aux personnes	Nombre d'atteintes aux biens
Psychiatrie	4 371	4 137	920
Urgences	3 855	3 700	537
USLD / EHPAD	3 159	3 065	301
Unité de soins	2 032	1 675	503
Médecine	1 861	1 577	441
Autres	1 458	1 105	471
SSR	904	849	122
Chirurgie	846	671	235
Maison d'Accueil Spécialisée	441	436	62
Extérieur établissement (sous-sol, jardin, parking)	416	242	210
Gynécologie, obstétrique, maternité	415	350	95
Pédiatrie, Néonatalogie	395	361	79
Non précisé	340	272	61
Accueil, standard	330	304	48
Gériatrie court séjour	320	298	42
Hôpital de jour	297	258	95
UHCD / UHTCD	283	273	41
Réanimation	226	186	57
Radiologie	212	178	41
UMD	193	189	24
Rééducation	170	132	51
Centre Médico-Psychologique	167	153	41
Addictologie	162	151	27
Bloc opératoire	137	81	61
Polyhandicapés	132	130	15
Vestiaires	92	11	85
Services techniques, sécurité	80	56	28
Bureau du personnel	71	39	35
Foyer d'enfance / Adolescents	68	62	19
SSIAD / domicile du patient	58	53	10
Pharmacie (PUI)	44	31	16
Laboratoire	40	26	17
UCSA	39	39	1
Accueil Mère-Enfant	38	38	2
Centre de détention	29	28	4
UHSA	27	25	7
Chambre mortuaire	15	10	5
UHSI	15	15	2
Unité Médico-Judiciaire (UMJ)	12	7	5
Alcoologie	11	9	2
Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel	10	9	2
Magasins	9	3	6
	23 780	21 334	4 826

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.

On remarque une augmentation de 1 000 signalements d'atteintes aux personnes, chiffre non négligeable, et une diminution de 200 signalements d'atteintes 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).

1.4 Les atteintes aux personnes

21 334 atteintes aux personnes ont été recensées. Les violences faites aux personnes représentent 81% 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)	6 613	31%
2 (menaces d'atteinte à l'intégrité physique)	3 784	18%
3 (violences physiques)	10 379	49%
4 (violences avec arme, etc.)	458	2%
TOTAL	21 334	100%

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

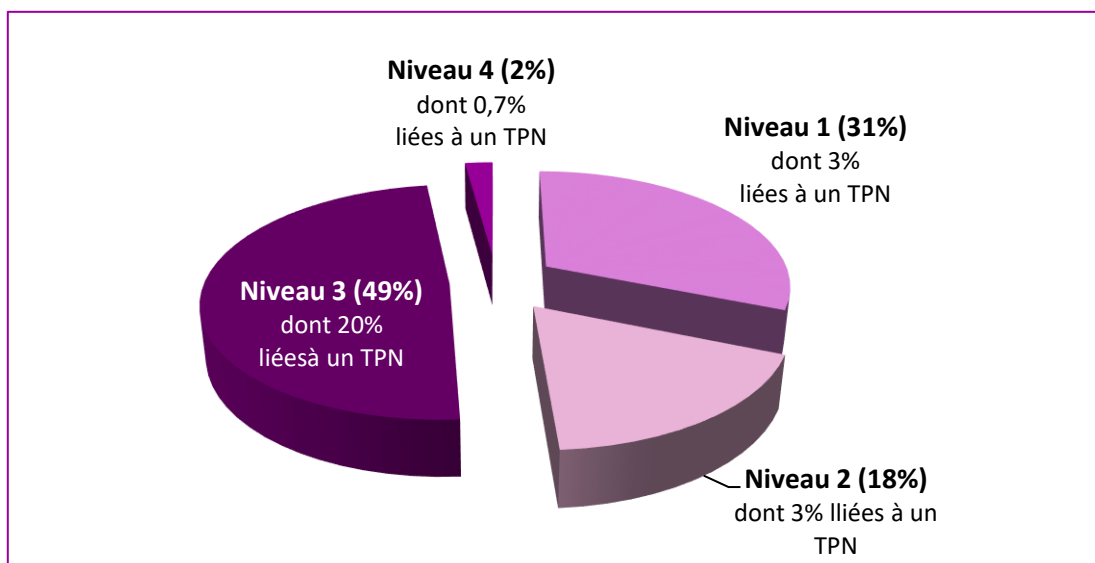
La répartition sur l'échelle des niveaux de gravité est quasi identique d'une année sur l'autre avec stabilisation des violences avec armes en pourcentage mais avec 104 faits supplémentaires. Il s'agit surtout d'armes par destination plus que d'armes par nature (catégorie D).¹³

On constate aussi une forte augmentation en faits et non en pourcentage du nombre de violences physiques (442 faits). Les menaces comptent quant à elles 331 faits supplémentaires.

Le graphique 7, page suivante, inclut la part de TPN dans ces atteintes aux personnes.

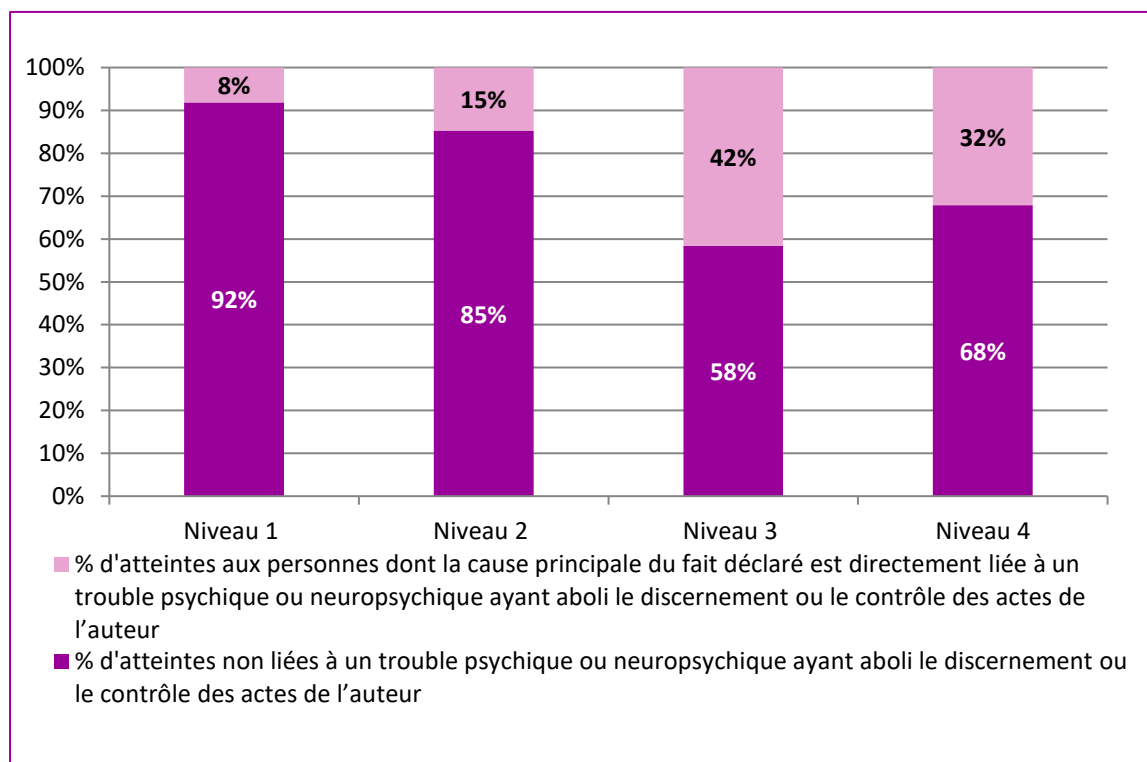
¹³ Sur l'énumération des armes par destination utilisées par les auteurs de violences et répertoriées dans les signalements en 2019, voir la section : Des menaces et violences volontaires avec arme sur les personnels de santé, p. 44-48.

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 3, pp. 12-13.

Tableau 4. 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	12 757	34%	6%
	Chahut, occupation des locaux	6 302	17%	3%
	Drogue / alcool	1 205	3%	0%
	Exhibition sexuelle	140	0,4%	0,1%
S/TOTAL NIVEAU 1		20 404	55%	9,7%
2	Menace physique	3 894	10%	2%
	Menace de mort	1 362	4%	1%
	Violence involontaire	113	0%	0%
	Port d'arme	69	0,2%	0,0%
S/TOTAL NIVEAU 2		5 438	15%	2,6%
3	Violence volontaire	9 984	27%	11%
	Menace avec arme	628	2%	1%
	Agression sexuelle	195	0,5%	0,2%
S/TOTAL NIVEAU 3		10 807	29%	12,1%
4	Violence avec arme	427	1%	0%
	Viol	18	0,0%	0,0%
	Séquestration	6	0,0%	0,0%
	Autre fait qualifié de crime	7	0,02%	0,01%
	Prise d'otage	0	0,00%	0,00%
S/TOTAL NIVEAU 4		458	1,2%	0,4%
TOTAL		37 107	100%	25%

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

Dans ce tableau, 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. 18), les atteintes de niveau 3, pour le fait principal, restent majoritaires. On constate une hausse de près de 3 000 actes d'atteintes aux personnes par rapport à 2018 se rapportant aux actes suivants :

- injures, chahut et occupation de locaux (niv. 1),
- menaces physiques (niv. 2),
- violence volontaire, menace avec arme (niv. 3),
- violence avec arme (niv. 4).

✓ Remarque 4 Une violence verbale toujours prédominante (50,23% du total des atteintes aux personnes). Les violences volontaires et faits des niveaux 3 et 4 répertoriées dans les tableaux 4 et 5 sont généralement accompagnés d'insultes, d'injures et de provocations verbales sans menace (niv. 1), de menaces physiques (niv. 2), de menaces de mort (niv. 2) et même de menaces avec arme (niv. 3). De ce fait, en additionnant ces types d'atteintes verbales répertoriées dans le tableau 4 on dénombre **18 641 faits** soit 50,23% de la totalité des atteintes aux personnes. Cela montre le fort niveau de tension et d'agressivité dans les établissements.

Dans la section III. Divers focus. III.1 La violence verbale : insultes, outrages, menaces physiques, menaces de mort et leur impact négatif, p. 97, cet aspect est très largement développé.

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

Tableau 5. 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	12 757	34,4%
3	Violence volontaire	9 984	26,9%
1	Chahut, occupation des locaux	6 302	17,0%
2	Menace physique	3 894	10,5%
2	Menace de mort	1 362	3,7%
1	Drogue / alcool	1 205	3,2%
3	Menace avec arme	628	1,7%
4	Violence avec arme	427	1,2%
3	Agression sexuelle	195	0,5%
1	Exhibition sexuelle	140	0,4%
2	Violence involontaire	113	0,3%
2	Port d'arme	69	0,2%
4	Viol	18	0,0%
4	Autre fait qualifié de crime	7	0,0%
4	Séquestration	6	0,0%
4	Prise d'otage	0	0,0%
TOTAL		37 107	100%

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

*Total supérieur car plusieurs réponses possibles

Ce tableau est repris de façon plus détaillée dans les deux tableaux 7 et 8 avec un graphique 9 (pourcentages) :

Le nombre d'actes de violences verbales est répertorié par unité ou lieu dans le tableau 6 (p. 22)
Le nombre d'actes de violences physiques est répertorié par unité ou lieu dans le tableau 7 (p. 23)
Le pourcentage de ces violences par unité ou lieu est indiqué dans le graphique 9 (p. 24)

Quelques observations générales.

Augmentation des violences verbales signalées dans tous les secteurs et lieux. Cette hausse est particulièrement observable aux urgences, en psychiatrie et en USLD/EHPAD. En ce qui concerne les déclarations de violences verbales et physiques en psychiatrie et en gériatrie, bien que différentes dans l'expression, ces déclarations sont souvent liées à la pathologie des patients/résidents. Les établissements de psychiatrie reçoivent également de personnes hospitalisées sans leur consentement, principalement des malades en crise. Si la majorité de ces patients ne sont pas dangereux, certains présentent un risque accru de violence. Les addictions (alcool, stupéfiants) majorent ce risque et rendent les rapports plus difficiles avec les professionnels et entre patients. Dans ce contexte les établissements de santé mentale sont confrontés à des violences spécifiques. **Les violences physiques ont également augmenté mais en nombre moins important. De plus, tous les secteurs et lieux ne sont pas concernés.**

Tableau 6. 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	2 907	920	1 410	443	732	6 412
Psychiatrie	1 829	834	1 086	374	138	4 261
USLD / EHPAD	1328	396	612	41	17	2 394
Médecine	1 102	275	504	46	27	1 954
Unité de soins	1 096	320	380	91	50	1 937
Autres	714	167	365	40	32	1 318
Chirurgie	530	111	231	37	16	925
SSR	487	133	245	22	17	904
Gynécologie, obstétrique, maternité	301	89	167	14	11	582
Pédiatrie, Néonatalogie	278	66	150	18	7	519
Accueil, standard	240	47	133	19	17	456
Non précisé	189	49	113	21	10	382
UHCD / UHTCD	150	59	83	25	31	348
Extérieur Ets (sous-sol, jardin, parking)	116	46	125	12	22	321
Réanimation	126	39	66	12	22	321
Hôpital de jour	151	28	92	20	1	292
Gériatrie court séjour	144	39	96	7	2	288
Centre Médico-Psychologique	119	45	56	34	13	267
Addictologie	107	35	62	16	38	258
Radiologie	163	21	56	3	3	246
Maison d'Accueil Spécialisée	98	39	86	3	1	227
Rééducation	106	21	25	11	2	156
Unité pour malades difficiles	59	30	17	9	0	115
Bloc opératoire	73	8	18	1	1	101
Services techniques, sécurité	45	11	18	9	4	87
Accueil Mère-Enfant	34	8	16	3	1	62
Bureau du personnel	30	5	18	3	0	56
SSIAD / domicile du patient	39	4	4	1	1	49
UCSA	33	6	4	5	0	48
Polyhandicapés	23	11	9	4	0	47
Pharmacie (PUI)	29	6	6	1	1	43
Centre de détention	21	9	4	2	0	37
Laboratoire	21	3	11	0	1	36
Foyer d'enfance / Adolescents	15	4	12	2	0	33
UHSA	10	3	4	5	0	22
Alcoologie	7	0	3	0	3	13
Chambre mortuaire	6	2	4	0	1	13
Vestiaires	7	1	3	1	0	12
CATTP	4	1	3	1	0	9
UHSI	13	1	3	1	18	8
Unité Médico-Judiciaire	5	1	1	0	0	7
Magasins	2	1	1	1	0	5
TOTAL GÉNÉRAL	12 757	3 894	6 302	1 362	1 205	23 220

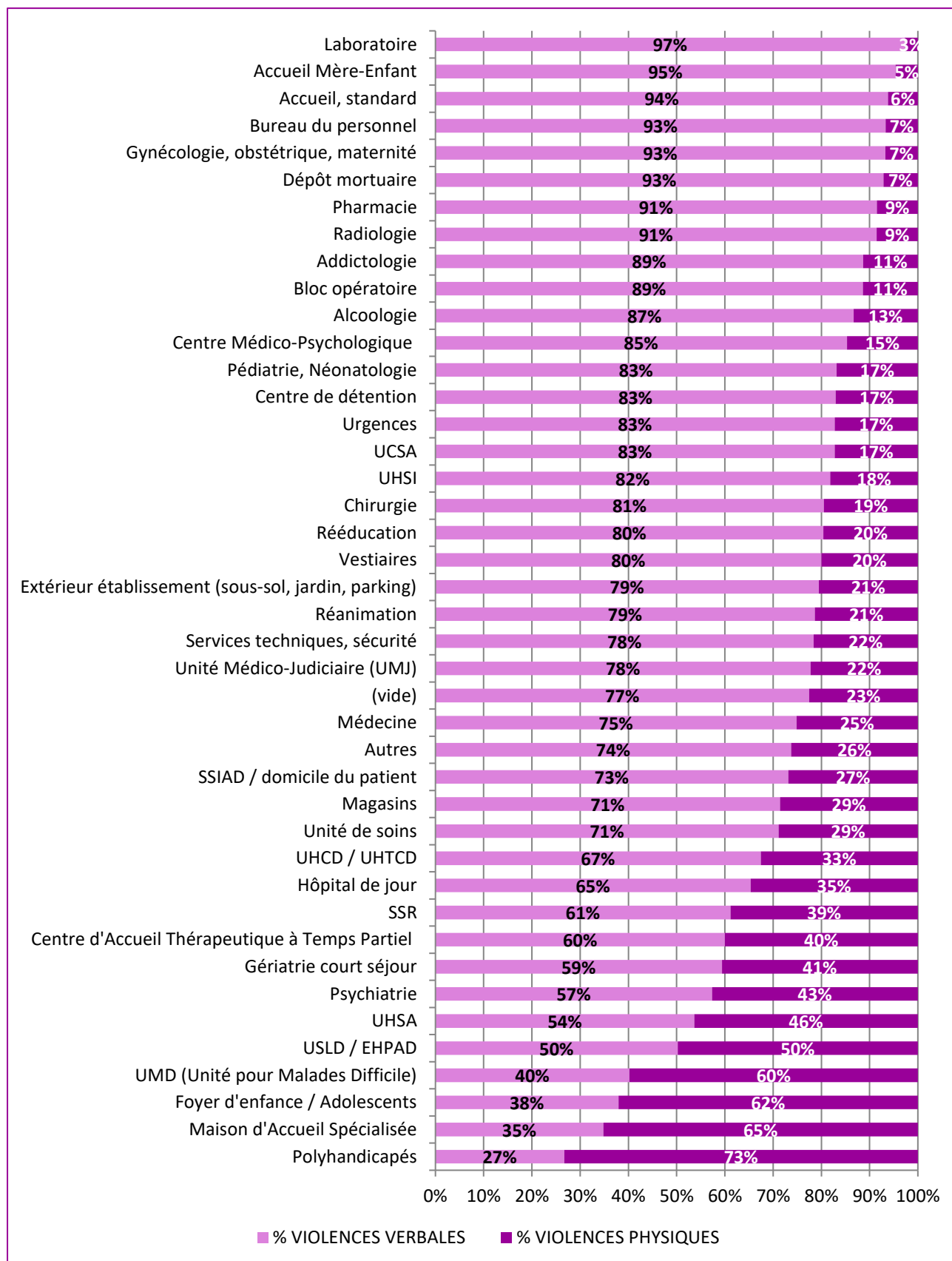
Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement

Tableau 7. 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	13	2	2	0	2 713	28	98	15	198	35	64	3 168
USLD / EHPAD	1	1	0	0	2 118	23	75	1	83	16	55	2 373
Urgences	0	0	0	0	1 124	20	51	26	91	15	6	1 333
Unité de soins	2	0	2	0	668	11	34	7	39	9	14	786
Médecine	1	0	1	0	547	9	39	1	39	8	11	656
SSR	0	2	1	0	488	8	27	1	32	4	14	574
Autres	0	0	1	0	406	7	21	2	22	3	7	469
MAS	1	0	0	0	386	8	9	0	11	3	7	425
Chirurgie	0	0	0	0	192	4	7	5	14	2	0	224
Gériatrie court séj.	0	0	0	0	182	1	1	0	8	3	2	197
UMD	0	0	0	0	158	1	4	0	6	2	0	171
UHCD / UHTCD	0	0	0	0	153	1	3	1	8	1	1	168
Hôpital de jour	0	0	0	0	127	1	14	0	9	3	1	155
Polyhandicapés	0	0	0	0	118	3	3	0	3	1	1	129
Non précisé	0	0	0	0	99	2	5	0	4	1	0	111
Pédiatrie, néonat.	0	3	0	0	83	1	3	1	11	2	1	105
Extérieur établis.	0	0	1	0	59	3	5	2	10	0	3	83
Réanimation	0	0	0	0	61	2	2	0	4	1	0	70
Foyer d'enf. / Ado	0	0	0	0	46	0	6	0	2	0	0	54
CMP	0	0	0	0	32	0	4	0	9	1	0	46
Gynéco/obst/mater.	0	0	0	0	35	0	1	2	4	0	0	42
Rééducation	0	1	0	0	30	0	1	0	3	0	4	38
Addictologie	0	0	0	0	24	1	2	2	3	1	0	33
Accueil, standard	0	0	0	0	22	1	4	0	3	0	0	30
Services tech, sécu.	0	0	0	0	18	0	3	2	1	0	0	24
Radiologie	0	0	0	0	19	1	2	0	1	0	0	23
UHSA	0	0	0	0	16	0	1	0	0	0	2	19
SSIAD	0	0	0	0	10	2	0	0	3	1	2	18
Bloc opératoire	0	0	1	0	11	1	0	0	1	0	0	13
UCSA	0	0	0	0	5	0	1	1	3	0	0	10
Centre détention	0	0	0	0	6	1	1	0	0	0	0	8
CATTP	0	0	0	0	5	0	0	0	1	0	0	6
Pharmacie (PUI)	0	0	0	0	3	0	0	0	1	0	0	4
Bureau du perso.	0	0	0	0	4	0	0	0	1	0	0	4
UHSI	0	0	0	0	3	0	0	0	0	1	0	4
Accueil Mère-Enf.	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	3
Vestiaires	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	3
Alcoologie	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2
Magasins	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2
UMJ	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2
Laboratoire	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Chambre mortuaire	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
TOTAL GÉNÉRAL	18	6	7	0	9 984	140	427	69	628	113	195	11 587

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

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 ou 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.

La consommation excessive d'alcool et/ou la consommation de produits stupéfiants (ajoutée parfois à la prise de médicaments) facilitent le passage à l'acte violent, tant de la part de patients/résidents, d'anciens patients de service spécialisés, que de membres de la famille ou de personnes n'ayant pas de raison particulière d'être présentes dans l'établissement. **Il s'agit d'un véritable fléau avec des impacts négatifs conséquents.** Voir II. 3 Les motifs de violence et pp. 144-145.

✓ **Les violences signalées par les SSIAD, en HAD et par les SMUR**

Peu de signalements remontent à l'ONVS en ce qui concerne les SSIAD et l'HAD. Les situations de violence sont complexes, parfois très difficiles à gérer, avec une anxiété d'autant plus forte chez les soignants qu'ils peuvent se retrouver isolés et dans un contexte hostile. De fait, certains patients et leur famille font sentir qu'ils sont dans une position de domination sur le soignant : • « [...] *"C'est moi qui commande chez moi, tu fais ce que je te dis, je t'em..."* [...] ». Cet autre signalement montre comment les soignants peuvent percevoir un environnement hostile : • « [...] *À noter la présence d'un chien de catégorie 1 non attaché¹⁴ pendant la présence des soignants au domicile [...] Rappel du règlement de fonctionnement et de l'obligation d'attacher le chien lors du passage des professionnels au domicile.* »

Il arrive aussi que le patient mais également la famille ou l'entourage présents au domicile ne supportent pas forcément cette immixtion à plus ou moins long terme dans leur sphère privée. Les changements de personnels ou encore le fait d'arriver en retard seront parfois durement reprochés. Le comportement agressif, voire violent, peut aussi cacher une relation conflictuelle entre le patient et divers membres de sa famille, qui va parfois se déporter volontairement ou non sur les soignants. Enfin, la souffrance physique et psychologique du patient et par contrecoup pour la famille est parfois un facteur de tension : • « [...] *Fin de vie difficile à supporter par la fille de la patiente.* »

Certains soignants décident de partir devant l'hostilité qu'ils déclarent subir et l'impossibilité d'assurer des soins de qualité. • « [...] *Impossibilité d'assurer la qualité du soin. L'IDE et l'élève sont parties sans pouvoir réaliser le soin correctement.* [...] »

L'impact négatif sur les conditions de travail ressort clairement des deux signalements suivants :

- « [...] *Mme me fait savoir que les soins que je lui procure ne lui conviennent pas. Les conseils sont interprétés comme des ordres, alors que mon intention ne l'est pas. Critique sans cesse moi-même et mes collègues ainsi que les aides à domicile. Essaye de me pousser à bout, ressortie du domicile énermée, déstabilisée. Impact sur le reste de ma tournée du matin.* »

- « [...] *J'essaie de faire mon travail : oui, essaie puisque, entrecoupée par la surveillance permanente de M. qui reste dans l'embrasure de la porte de la chambre qui doit toujours restée ouverte et de ses sous-entendus sournois non assumés par Mme. Ce soir, je suis encore restée calme mais j'ai bien sentie que la limite de mon self-control n'était plus très loin. Le climat et la tension inhérents à cette situation, il faut les vivre pour s'en rendre compte. J'ai essayé d'être précise dans la longueur de ce texte. Pour rappel 3^e FSEI concernant cette patiente depuis [telle date] pour des motifs qui ne*

¹⁴ Les chiens de première catégorie sont les chiens d'attaque. Ex : « pit-bulls », « boer-bulls », race Tosa.

dénoncent pas un mauvais soin de ma part [...] sans compter que si je perds mon sang froid et que nos mots dépassent le politiquement correct ce sera forcément de ma faute. Merci de m'avoir lu. »

Divers autres types de violences rapportées dans les signalements en SSIAD et HAD.

Pour des patients provoquant sexuellement ou s'adonnant à des gestes et actes obscènes.

- *« Lors de la toilette d'un patient à domicile, ce dernier a eu à l'égard de la soignante des propos sexuels très déplacés et a même tenté de la faire tomber dans le lit. L'agent a interrompu la toilette et a quitté la pièce. »*

- *« Lors de la toilette, le patient a des gestes agressifs avec les mains lors du déshabillage. Pendant la toilette intime, le patient se masturbe devant les deux aides-soignantes de l'HAD en les regardant. Une des aides-soignantes lui a demandé d'arrêter, cela fait plusieurs fois qu'il a des gestes obscènes envers le personnel. »*

Le matériel défectueux peut-être un prétexte d'agressivité, d'insultes et de menaces.

- *« Patient menaçant et très agressif verbalement toute la journée envers l'équipe infirmière du service d'hospitalisation à domicile car la pompe à insuline "avait sonné la nuit". Insultes multiples envers l'IDE toute la journée. [...] Le patient s'énerve en disant "vous ne comprenez vraiment rien". Voyant qu'il s'énerve, l'IDE enlève la pompe et lui dit qu'elle la ramène à l'hôpital. Le patient se lève de son lit et se rend à la fenêtre de la cuisine, ouvre les volets et me demande de lui donner la pompe pour qu'il la jette dehors. Devant l'agressivité croissante et la peur qu'il devienne agressif physiquement, l'IDE est partie immédiatement en prenant la pompe avec elle. Le patient, très énervé, a crié "je ne veux plus voir votre g...". Pompe déposée au bureau IDE de l'HAD à l'hôpital. Déclaration faite car le patient a des antécédents de violences physiques envers du personnel médical et soignant lors d'autres prises en charge. De même, les IDE ne sont pas rassurées d'aller seules chez lui la nuit, car le patient possède une arme à feu à son domicile. »*

Pour des rapports conflictuels avec les familles ou de proches du patient.

- *« Agression de la fille de la patiente envers l'aide-soignante du SSIAD pendant le soin : attitude intrusive, réflexion humiliante et accusatrice de la fille. »*

Dans le cas qui suit se pose la question de l'attitude que doivent adopter les soignants, qui peuvent être témoins de violences physiques réelles ou supposées au sein de la famille. C'est un aspect délicat.

- *« IDE d'HAD témoin auditif d'une altercation entre membres de la famille d'un patient chez qui il se rendait pour effectuer les soins. N'a pas vu l'altercation entre gendre du patient, femme du patient et fille du patient, mais a priori, violence physique du gendre envers la femme du conjoint. La fille souhaitait appeler les gendarmes mais pas la mère. L'IDE informe son cadre de santé pour connaître la conduite à tenir. Au final, ont repris des nouvelles une heure après afin de savoir si le patient était en sécurité chez lui, et cas échéant prévoir l'hospitalisation de M. Selon sa femme, le patient était en sécurité. Madame semblait calme et a dit qu'ils étaient en capacité de s'occuper de M. pour la nuit. »*

L'insécurité dans la rue est source ici d'un d'affaires personnelles.

- *« En sortant de chez un patient agent se fait agresser et voler son téléphone dans la rue. »*

En ce qui concerne les signalements par les personnels des SMUR,¹⁵ que ces agressions se déroulent à domicile ou sur la voie publique, l'ONVS constate un nombre encore plus faible de signalements alors que les situations d'intervention apparaissent plus « tendues » qu'en SSIAD et en HAD en raison d'une

¹⁵ « [...] 101 services d'aide médicale urgente (Samu) et 387 structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) assurent l'orientation, la prise en charge préhospitalière et le transport des malades. » Source : Panorama des établissements de santé, DREES, Édition 2020, Vue d'ensemble, p. 12 <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ve-18.pdf>

situation sanitaire d'urgence. Celle-ci peut de surcroît être due à des facteurs générant de la violence (alcoolisation excessive, suite d'une bagarre avec individu armé, prise de stupéfiants, état de crise, etc.).

Pour des violences lors d'interventions à domicile.

- « *Agression physique d'un IADE SMUR en intervention dans le cadre de la prise en charge d'un patient très fortement alcoolisé. Le patient a donné un violent coup de pied dans le thorax de l'infirmier le projetant au sol. Pas de dépôt de plainte souhaité par l'IADE au vu de la situation présentée par le patient.* »

- « *Lors d'une sortie SMUR sur un décès suspect, l'équipe SMUR informe la mère de la victime de la démarche à suivre pour l'enquête de police. Celle-ci n'entend pas, insulte l'infirmière et la frappe.* »

- « *Sortie SMUR pour IMV médicamenteuse, à l'arrivée l'équipe et accueillie par le compagnon de la personne ayant fait l'IMV. Ce dernier refuse l'intervention des pompiers et est manifestement agité ; il accepte que sa compagne soit auscultée par l'équipe SMUR. Le médecin indique que la patiente va devoir se rendre sur le CH pour un examen sanguin (suspicion d'ingestion importante de paracétamol). À ces propos, le comportement du compagnon change, il s'interpose entre l'équipe et sa compagne, il crie qu'il refuse qu'on l'emmène et menace l'équipe avec un couteau qu'il gardait jusqu'à présent dans sa poche. Malgré la présence de la gendarmerie dans un second temps, s'en suivent des menaces de mort.* »

Pour des comportements agressifs et violents de la part de tiers sur la voie publique.

- « *[...] Nous sommes arrivés sur les lieux et nous nous sommes stationnés sur le trottoir avec le véhicule SMUR à deux pas de l'intervention ceci est le protocole pour les interventions psychiatriques. [...] J'ai vu une conductrice extrêmement virulente par son attitude de ne pouvoir se rendre à son domicile sous prétexte que notre véhicule SMUR gênait [...] Les paroles, additionnées de mouvements de mains pour me faire circuler étaient inappropriés en vue de la situation, donc j'ai fait appel à la police et c'est alors que cette même personne est venue au chevet du patient perturbant l'équipe SMUR dans la prise en charge de la victime !!! [...] QUELLE HONTE !!! [en majuscule dans le texte]* »

- « *Lors d'une sortie SMUR telle rue [de telle ville] pour 2 victimes à l'arme blanche, nous avons été victimes de jets de cailloux et une personne de l'équipe a été blessée au mollet. Plainte* »

- « *Pendant une intervention SMUR, lorsque nous étions auprès du patient, notre ambulance de réanimation a reçu un pavé sur la fenêtre qui se trouve au niveau de la porte latérale arrière, ils ont aussi essayé de forcer les autres portes. Je m'en suis aperçu quand j'ai dû aller chercher du matériel vers 23h35. La police a été prévenue et est rapidement intervenue sur la place pour constater et assurer notre sécurité.* »

✓ Des structures qui ne semblent pas toujours adaptées à la pathologie du patient/résident

Cette non adaptation génère de la violence. C'est ce qui ressort de signalements et des retours recueillis par l'ONVS lors de ses déplacements sur site. Les personnels de santé n'ont donc pas toujours les moyens de gérer la prise en charge de ces patients/résidents de façon optimum. Cela renvoie également à la formation des personnels, parfois non suffisamment adaptée à cette prise en charge. Cette difficulté perturbe la vie de l'établissement d'accueil – que cet accueil soit temporaire ou non – et celle des autres patients/résidents. Elle met en insécurité les personnels et les patients/résidents.

On assimilera à cette situation le fait que des patients restent trop longtemps dans des structures, qui, si elles correspondent bien à leur pathologie, ne peuvent cependant pas garder sur de telles durées les patients pour un soin adapté, créant un épuisement des équipes.

Enfin, certaines structures ne disposent pas des services d'un médecin psychiatre pouvant venir fréquemment. Dans l'attente d'avoir une adaptation du traitement d'un patient/résident qui devient violent, ces structures ont le plus grand mal à gérer la situation surtout quand le patient consomme de façon excessive de l'alcool ou se drogue.

- « **Un patient est entré [à telle date], patient toxicomane qui n'était pas sevré. Patient agressif pendant 5 jours avec tous le personnel de l'établissement. Comportement inapproprié à la structure. Les autres patients avaient peur de ce patient. M. a même eu des propos vulgaires et déplacés envers une patiente. Non-respect des règles.** » (SSR)

- « **Violence verbale et physique de la part d'un patient atteint de schizophrénie à évolution déficitaire, comorbidité avec consommation de toxiques (cannabis) et trouble de la personnalité à type antisociale. Trois épisodes depuis lundi sur trois patients différents. Contexte de probable rechute de la consommation de cannabis. Patient en attente depuis plusieurs mois d'une place en USIP.** » (Psychiatrie)

On retiendra comme information du signalement qui suit (dont il a été gardé l'essentiel), que l'attitude d'un patient, fugueur, opposant aux soins, agressif verbalement et physiquement, avec des troubles psychiatriques génère de l'insécurité mais aussi des difficultés relationnelles entre les personnels (soignants, sécurité).

- « [...] **À l'heure actuelle, patient a déjà fugué à de nombreuses reprises, retrouvé plusieurs fois par le personnel soignant dans la rue ou sur les parkings extérieurs. Ceci n'est pas du ressort du personnel qui doit quitter le service pour chercher ce patient dont la structure n'est pas adaptée mais celui des agents de sécurité.** [...] Appel passé à l'interne de garde : prescription injection intra musculaire pour calmer le patient. Sauf que celui-ci ne nous laisse pas l'approcher. **Le patient se met en danger, patient met en danger autrui, les autres patients, les agents, les familles et dégrade également le matériel.** Demande aide en psychiatrie, seulement pas de sécurité sur place. Appel sécurité [service X], ceux-ci refusent de venir car nous sommes un service de SSR et non un service de psychiatrie. La sécurité [service X] veulent faire intervenir une société de sécurité extérieure. Seulement la société extérieure refuse de venir pour la même raison, nous ne sommes pas un service de psychiatrie. [...] **Tout le monde se renvoie la balle mais personne ne souhaite se déplacer. Patient fugue plusieurs fois par jour. Agressif ++ chaque jour. Structure non adaptée.** » (SSR)

Pour une capacité d'accueil dépassée ne permettant pas une prise en charge adaptée.

- « **Ce patient a encore frappé un autre patient (coup de poing) dans le visage et ses lunettes sont tombées. Séparation des 2 patients. Service UUC non adapté puisque la norme des UCC est d'une capacité de 12 lits alors que les patients d'UCC se trouvent avec les 35 résidents de l'EHPAD. Limiter impérativement le nombre d'hommes à accueillir.** » (USLD/EHPAD)

Les structures pour mineurs connaissent les mêmes problématiques.

- « **Mlle 16 ans est sortante du service ce jour pour retourner au foyer. Jeune qui s'agite, insulte tout le monde, menace de tout casser dans le service. Est hospitalisée en pédiatrie pour hébergement depuis vendredi soir après une fugue alors qu'elle était sortie du service l'après-midi même. Aucune indication médicale justifiant l'hospitalisation de cette jeune.** [...] **Le profil de cette jeune adolescente n'est absolument pas compatible avec une hospitalisation en pédiatrie.** » (Pédiatrie-néonatalogie)

- « **Agression physique d'un agent de l'unité par une patiente âgée de 14 ans, ayant des troubles psychiatriques avec des moments de délires et présentant des régressions sur certains points de la vie quotidienne, hospitalisée depuis le mois de juin [déclaration faite en nombre] [...]. Ce type de manifestation venant de cette patiente est récurrent notamment lorsque les soignants ne répondent pas à la demande et redonne le cadre. Problématique d'orientation de prise en charge pour cette patiente à la sortie. Actuellement, la patiente est au domicile de ses parents avec une prise en charge IME et HDJ qui ne suffiront pas. Nous nous trouvons devant une impasse pour la sortie de cette patiente dont l'hospitalisation devient délétaire.** » (Psychiatrie)

- « *Agitation psychomotrice d'une patiente de 9 ans et 1/2 avec agression verbale et motrice envers les autres enfants en salle de jeux puis avons dû la porter afin de la remettre dans sa chambre car ingérable et dangereuse envers elle, les patients et les soignants. [...] Crise se répétant très régulièrement. Service recevant de plus en plus de patients dépendants de la pédopsychiatrie avec une proportion importante sur ses 15 derniers jours, environ 2/3 du service, mettant en difficultés les personnels soignants dans leur prise en charge et leur sécurité.* » (Unité de soins, CH)
- « *Un patient de 14 ans, qui revendique ne rien avoir à faire dans un service adulte, s'est énervé et a agressé une infirmière en lui sautant dessus.* » (Psychiatrie) À travers ce signalement on peut se poser la question de l'opportunité d'une promiscuité adulte-mineur.

1.5 Les atteintes aux biens

4 826 signalements d'atteintes aux biens ont été déclarés à l'ONVS. Il s'agit d'une baisse de 5% du nombre de signalements concernant ces atteintes (5 084 en 2018) surtout pour le niveau 1 et moins sensible pour le niveau 2.

Le niveau 1 (dégradations légères, vols sans effraction) domine toujours très largement comme tous les ans sur les deux autres niveaux : niveau 2 (vols avec effraction) et 3 (dégradation de matériel de valeur, incendie, vols à main armée ou en réunion), cette année le niveau 3 connaît une augmentation importante.

4 376 signalements de niveau 1
250 signalements de niveau 2
200 signalements de niveau 3

Tableau 8. Typologie des signalements d'atteintes aux biens

Niveau de gravité	Type d'atteintes aux biens	Sur la base de 4 826 signalements		
		Total d'actes*	Répartition des atteintes	Atteintes liées à un TPN**
1	Vol sans effraction	1 915	36%	1%
	Dégradation légère	1 917	36%	11
	Dégradations de locaux	970	18%	5%
	Dégradation de véhicule	153	3%	0,2%
	Tags, graffitis	44	1%	0,1%
S/TOTAL NIVEAU 1		4 999	93%	17,3%
2	Vol avec effraction	176	3%	0%
S/TOTAL NIVEAU 2		176	3%	0%
3	Dégradations de matériel de valeur	135	3%	0%
	Incendie volontaire	66	1%	0,3%
	Vol à main armée	3	0,1%	0,0%
S/TOTAL NIVEAU 3		204	4%	1%
TOTAL		5 379	100%	18%

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

Quelques observations générales à partir des chiffres évoqués et commentaires.

Pour le niveau 1 : Les vols sans effraction sont toujours les signalements les plus déclarés même si on constate une baisse. Les dégradations légères ont en revanche 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

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/résidents. Il a également des répercussions négatives sur l'ambiance de travail pour les agents surtout quand les vols sont répétitifs ou semblent être ou sont le fait de personnels de l'établissement.

Pour les niveaux 2 et 3 : Pas de changement en pourcentage et augmentation insignifiante en nombre de faits signalés.

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, magasins, vestiaire, self, cuisine, boutique, etc.) et à l'extérieur de l'enceinte : parking, jardin thérapeutique, etc.

Tout peut-être objet de vol. Il est facile de s'approprier le bien d'autrui dans les établissements.

Argent liquide, badge nominatif, bâtons d'étirement (pour espace kiné), bijoux, caisse de monnaie de machines à boissons, carte bancaire, cafetière, couches pour enfants, dispositif de piégeage de souris, énergie (électricité), fauteuil roulant, fruits et légumes (dans jardin thérapeutique), machine à glaçons, matériel de cuisine, matériel informatique, matériel médical, matériel mis en place dans le cadre des soins palliatifs (diffuseurs pour huiles essentielles), matériel de toilette, matériel vidéo, moto, médicaments, nourriture.

Objet de décoration, objet de jardinage, objet électronique, ordonnancier, outillage de chantier, papiers d'identité, papier toilettes, plante verte, portefeuille, sac-à-main, stupéfiants, tampon administratif ou de chef de service médical, tapis de sol (pour espace kiné) sèche-cheveux, sèche-linge, tableaux d'un peintre (agent hospitalier), tondeuse à gazon, trottinette, vêtement de travail, vêtement de ville, véhicule de particulier, véhicule du service, véhicule ambulance, vélo, vaisselle, etc.

On relèvera également pour l'anecdote le vol de ces biens... et pour certains commis avec de l'aplomb. Le premier signalement évoque un vol d'énergie (art. 311-2 du Code pénal)

- *« Notre service constate la présence envahissante de nombreuses personnes [de telle communauté]. Celles-ci sont installées dans le hall d'accueil de l'hôpital et sont bruyantes. Des personnes se sont permises d'accéder à l'arrière de la banque d'accueil pour débrancher des ordinateurs afin de mettre en charge leurs smartphones. Même mode opératoire sur les bornes d'émissions d'étiquettes de consultations installées dans le hall. Une plainte pour vol d'énergie sera effectuée par nos services. »* (Accueil, standard, CH)

- *« Le hall d'accueil a été mis à disposition pour une exposition de tableaux réalisés par un soignant. À son arrivée, ce dernier a constaté le vol de deux tableaux et la dégradation par tags de deux autres. Aucune vidéo protection dans le hall. Plainte déposée, enquête en cours. »* (CH)

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. À titre d'exemple, voir dans la section II. 6 Décisions de justice, le jugement concernant le vol d'un véhicule d'un SAMU d'une valeur de 95 000 € dont les clés traînaient sur une table.

- « **Vol de 15 kg de viande de bœuf au service restauration.** » (Autres, CH)
- « **La remorque des ateliers a été volée, qui se trouvait sur le parking du centre hospitalier.** »
- « **Vol d'un téléviseur commis dans la salle d'attente de consultations anesthésie.** » (CH)
- « **Un toxicomane s'est introduit dans un bâtiment et s'enfuit après avoir volé une solution hydro alcoolique. Les agents de sécurité l'ont intercepté. Il avoue consommer ce produit.** » (CH)
- « **Un patient venu en fauteuil roulant s'introduit dans un service pour faire un "échange" de fauteuil. Laisse son vieux fauteuil et prend un fauteuil confort du service. Trajet tracé par vidéo protection. Réquisition des images par la Police.** » (Médecine)

L'utilisation de la vidéo surveillance¹⁷ a un effet dissuasif, elle est aussi un élément de constatation et de preuve. Il importe cependant que les caméras soient en service, en bon état de marche et donc régulièrement vérifiées, bien positionnées et capables de fournir des images de qualité pour permettre ensuite aux services enquêteurs d'en faire une exploitation judiciaire efficace.

- « **Une étudiante externe est victime du vol de sa sacoche contenant une tablette numérique et autres objets au cours de son repas au restaurant du personnel. Les investigations ont démontré que les faits ont été commis par un couple venant de l'extérieur (Vidéo des faits sauvegardée). Diffusion effectuée. Investigations en cours.** » (Autres, CH)

- « **Une visiteuse médicale est victime du vol de sa sacoche contenant un I.PAD, divers papiers et moyens de paiement alors qu'elle déjeune à la cafétéria. Les investigations effectuées grâce au système de VIDEOPROTECTION permettent d'identifier l'auteur des faits qui circule avec un scooter immatriculé [tel numéro]. Plainte** » (Autres, CH)

✓ **Dans l'enceinte extérieure de l'établissement**

L'insécurité sur les parkings est parfois évoquée. En plus de la vidéo, un éclairage approprié de ces espaces est un élément important de sécurisation des personnes et des biens.

- « **À ma fin de service, à 21h50, un individu de sexe masculin a tenté de me voler mon sac au niveau de l'entrée de** (tel établissement) **alors que j'allais regagner mon véhicule. Je me suis débattue et je me suis enfuie en courant jusqu'à mon véhicule. L'individu ne m'a pas poursuivie.** » (Extérieur, CH)

- « **Appel d'une femme** [agent de l'établissement] **à l'accueil pédiatrie pour demande d'accompagnement d'un agent de sécurité jusqu'à sa voiture car un homme qui la harcèle est devant son véhicule. L'individu prend la fuite en voyant arriver les agents de sécurité.** » (Extérieur, CH)

Certains peuvent profiter de cet endroit pour faire du harcèlement, sexuel en l'occurrence.

- « **Une secrétaire médicale a reçu à 4 reprises des courriers anonymes insérés dans la portière de sa voiture. Affirmation d'une forte attirance, l'auteur évoque même une future rencontre sur le parking.** » (CH)

L'ONVS évoquera cette année la problématique concernant les véhicules.

■ **Les vols de cycles et de véhicules** : motos, scooters, quads, trottinettes, véhicules de l'établissement ou des personnels, véhicules de patients ou encore véhicules des services d'ambulance

¹⁷ **CAMÉRAS « INTELLIGENTES » ET CAMÉRAS THERMIQUES**

Sur son site, la CNIL précise les conditions d'utilisation de ce type de caméras dans un document du 17 juin 2020 :

Caméras dites « intelligentes » et caméras thermiques : les points de vigilance de la CNIL et les règles à respecter

<https://www.cnil.fr/fr/cameras-dites-intelligentes-et-cameras-thermiques-les-points-de-vigilance-de-la-cnil-et-les-regles>

et vélos sont touchés par ces infractions. Rondes et attention soutenue de la sécurité-sûreté sont indispensables en sus des moyens techniques pour prévenir ou arrêter ces vols.

- « **Depuis plusieurs nuits des individus non identifiés pénètrent sur le site et observent les allers et venues ainsi que le quad qu'ils convoitent. [...] Quad placé dans un local fermé à l'abri des regards. Cadre de santé et agent de sécurité entendus par les gendarmes, dépôt d'une main courante. [...]** » (CH)

Outre les vols dans l'habitacle on retiendra ces deux types de vols.

- « **Lors d'une ronde un agent de sécurité constate sur le site qu'une voiture a été dégradée et que le carburant a été siphonné.** » • « **Matériel de valeur volé dans le véhicule primaire d'intervention du SAMU pendant que les agents étaient occupés.** » (Urgences)

Tout véhicule peut faire l'objet de vol (ambulance) avec revente éventuelle de pièces détachées.

- « **Le véhicule a été retrouvé au bord d'un chemin en terre à 400 mètres d'une route principale, incendié, moteur manquant, longerons intacts, pièces manquantes : porte avant, portes battantes arrière, capot moteur, moteur et boîte de vitesse, pare chocs avant.** » (CH)

■ **Les dégradations (vandalisme, malveillance, vengeance).** En plus des accidents de parking pour lesquels bien des auteurs ne laissent pas leurs coordonnées, on constate des actes de vandalisme et de malveillance ou encore des menaces de vengeance et de la vengeance sur le véhicule. Ce peut être le fait d'un ou plusieurs agents suite à un conflit entre agents, entre un agent et un patient/résident ou un ancien patient/résident, particulièrement en psychiatrie. Les mobiles sont variés : contestation de la décision médicale, relations conflictuelles avec un ou plusieurs soignants, frustration et contrariété quelconque, jalousie, etc. Ils contribuent à créer un réel sentiment d'insécurité chez les victimes.

- « **Cela fait maintenant 3 fois en l'espace de 15 jours que je retrouve mon véhicule rayé en débauchant, toujours de la même façon [...] du phare à l'arrière du véhicule. [...] Je ne vois pas qui peut m'en vouloir à ce point pour effectuer un acte aussi lâche. Quel plaisir de venir travailler le matin en se disant que peut être en débauchant mon véhicule sera vandalisé !!! [...]** » (CH)

- « **Sur le véhicule léger intervention du SMUR, les goujons des roues (boulons) sont dévissés.** » (CH)

- « **M. X arrive tendu dans le service et nous dit avoir cassé ma voiture. Après constat, parechoc droit déboîté et abîmé, photos prises. Un témoin a assisté à la scène, explique que M. X était "hors de lui", a mis un premier coup de pied violent à l'arrière droit de la voiture, a ensuite tenté d'ouvrir la porte côté conducteur avant de mettre un nouveau coup de pied au même endroit. Le témoin a accepté de donner ses coordonnées et d'être contacté si besoin. [...]** » (Psychiatrie)

- « **IDE de nuit - Parking de la cour [de telle spécialité] : pour information, je travaille de nuit dans ce service et régulièrement je me gare sur la place du Dr X. En rentrant chez moi vers 7h15, j'ai constaté que ma voiture faisait du bruit ; j'ai dû m'arrêter car le pneu avant gauche était crevé. Après l'avoir retiré de mon véhicule, j'ai vu qu'il avait reçu 7 coups de couteau.** » (CH)

- « **Un hébergé a été refoulé car porteur d'un couteau. Il a de nouveau sorti son arme afin de tenter de crever les pneus de véhicules. Intervention des agents de sûreté. Il a tenté de les planter.** » (Extérieur, CH)

- « **Une patiente arrive, multiple demande à laquelle les soignants ne peuvent y répondre dans l'immédiat. Menace de passage à l'acte sur les soignants, sur les véhicules. La patiente est consciente de ses actes et du mal occasionné. A déjà fait l'objet de plusieurs violences notamment sur les voitures du personnel et sur les portes du l'unité de soins [de tel service] ainsi que des jets de pierre sur les**

soignants. **À chaque passage à l'acte, aucune sanction pour cette patiente qui est consciente de ses actes. Casse du mécanisme de l'essuie-glace arrière. Plainte** » (Psychiatrie)

■ **Le comportement au volant** : se stationner sur des couloirs et des emplacements réservés (urgences, pompiers, PMR, personnel hospitalier, etc.), bloquer une entrée, conduire à une vitesse excessive, tenter d'accéder à un parking, forcer le passage à un autre automobiliste pour se stationner, autant de comportements à l'origine de violences verbales et d'intimidations et même de violences physiques au besoin au moyen du véhicule. Il arrive que les forces de l'ordre (PN, GN, PM) soient sollicitées pour y mettre fin.

- « **Un livreur arrête son camion devant le GIE pour déposer des colis et il refuse de déplacer son véhicule qui gêne le passage des secours. En revenant il insulte les agents de sécurité. Intervention de la police municipale pour la verbalisation du véhicule.** » (Extérieur, CH)

- « **Un visiteur veut entrer en véhicule dans l'établissement alors que c'est interdit. Ce dernier bloque l'entrée des urgences, insulte avec des propos racistes l'agent de sécurité et finit par lui cracher dessus. La police est intervenue, mais l'individu a pris la fuite. Plainte** » (CH)

- « **Visite du frère d'un patient pour le faire sortir. Après rappel des consignes au patient, ce dernier décide de ne pas suivre son frère. De colère, le frère monte dans son véhicule et fonce sur les soignants présents. Le frère du patient menace de revenir.** » (Psychiatrie)

✓ **Remarque 5** **Les gardes particuliers assermentés du domaine public routier.** Face à la difficulté de faire respecter le stationnement, certains hôpitaux publics ont mis en place une équipe de gardes particuliers assermentés (gardes du domaine public routier), lesquels peuvent dresser des procès-verbaux pour des contraventions au Code de la route limitativement énumérées. Cette fonction est prévue par les textes suivants : articles 29 et 29-1 du Code de procédure pénale ; décret n° 2006-1100 du 30 août 2006 relatif aux gardes particuliers assermentés, complétant le Code de procédure pénale et modifiant le Code de l'environnement et le Code forestier ; arrêté du 30 août 2006 relatif à la formation des gardes particuliers et à la carte d'agrément. Voir aussi la circulaire interministérielle du 9 janvier 2007 relative à l'agrément des gardes particuliers (NOR : DEVG0700003C)

Des violences pour accéder au parking (demande d'ouverture d'une barrière, accès saturé, etc.).

- « **Lors du contrôle d'accès à la barrière, l'agent de sécurité a dû refuser l'accès à un visiteur car il était 13h20 et que les visiteurs ne sont autorisés qu'à partir de 14h avec le véhicule. Elle lui a demandé de faire demi-tour. Il est alors resté au niveau de la barrière. Elle est sortie pour lui expliquer les règles. La personne est sortie de sa voiture très énervée et lui a dit qu'elle faisait un boulot de m..., qu'elle devait se méfier, qu'il allait remonter l'information mais surtout qu'il y avait des fous dans la vie, qu'elle devait toujours regarder derrière elle.** » (Extérieur, psychiatrie)

- « **Un agent de sécurité était en surveillance à l'entrée du parking visiteur qui était saturé. Un visiteur a tenté de passer en force en vain, l'agent de sécurité lui explique l'intervention en cours et lui indique un autre parking. Il n'écoute pas et gare son véhicule sur les voies d'accès au parking saturé. 10 mn plus tard, le chauffeur se dirige vers l'agent de sécurité avec son véhicule et le bouscule au niveau de la jambe, l'obligeant à reculer rapidement pour ne pas se faire écraser. Il a ensuite accéléré une fois sur le parking, appel de la police.** » (Extérieur, CH)

- « **La personne se rendait aux urgences pour voir sa mère et refuse de se garer sur le parking visiteur, bloque l'entrée de l'hôpital avec son véhicule. A insulté le personnel de la sécurité de fils de p..., qu'il viendra nous égorger, n... ta mère. Menace de revenir nous faire la peau. A craché sur la vitre du poste de sécurité.** » (Urgences)

- « **Un automobiliste se présente à la 1^{ère} barrière, prend un ticket et plutôt que d'aller se garer sur le parking visiteur, choisit de se présenter sur la 2^e barrière, celle du personnel et s'annonce à l'aide de l'interphone. Il explique qu'il doit aller déposer des clefs à son épouse. L'agent de sûreté lui explique qu'il doit aller se garer sur le parking visiteur, que la 1^{ère} heure est gratuite et qu'il a donc largement le temps d'aller déposer les clefs à son épouse et reprendre son véhicule. L'automobiliste s'énerve et refuse de bouger, il répond à l'agent : "ouvre la barrière et ferme ta g..." puis, voyant que l'agent décide de ne pas lui ouvrir, il descend de son véhicule et se présente au PC sécurité. Il hurlait devant le PC "souviens-toi bien de moi, je vais te tuer, te défoncer ta g..., sale c..., tu vas voir qui je suis, espèce de salle pétasse !!!" Il continuait à insulter l'agent, des insultes plus vulgaires les unes que les autres. L'agent qui comprend très vite que la situation risque de dégénérer à tout instant décide d'appeler la police. Pendant ce temps l'épouse du conducteur arriva pour récupérer les clefs, aussi agressive que son mari. Elle les insulta également pendant que son mari tapait de toutes ses forces à la porte du PC. Puis il regagna son véhicule, fit une marche arrière et força le passage pour partir. Plainte » (CH)**

Pour une demande de ne pas klaxonner de façon intempestive.

- « **2 agents de sécurité sur le parking visiteurs demandent au conducteur d'un utilitaire d'arrêter de klaxonner inutilement sur l'enceinte de l'hôpital. Le véhicule s'arrête à la hauteur des 2 agents et heurte 1 agent à l'épaule avec le rétroviseur. Le passager descend, insulte les agents, et les menace. La conductrice insulte, menace et crache au visage d'un agent. Plainte » (Extérieur, CH)**

La difficulté de se garer sur le parking de l'établissement est source parfois de conflits et de violences soit dirigées contre des personnels, soit entre des visiteurs.

- « **Voulant me garer sur le parking X vers 14 h ce jour, j'ai vu une place qui allait se libérer (je tournais depuis 20 bonnes minutes). J'attendais qu'elle se libère et j'étais juste à côté de la place. Les occupantes du véhicule m'avaient vue et m'avaient indiqué qu'elles me cédaient la place. Brusquement, une voiture avec 4 individus est arrivée. Ils m'ont fait signe de dégager. Je leur ai indiqué que j'étais arrivée avant eux et que la place me "revenait". Furieuses, 2 personnes sont descendues de leur voiture et sont venues vers mon véhicule en me menaçant et en m'agressant verbalement. Je suis partie parce que j'ai eu peur qu'ils s'en prennent à moi-même ou à mon véhicule. Je tiens à signaler cet évènement car il est impossible de se garer rapidement à 14 h d'où un comportement parfois très agressif voire dangereux de certains automobilistes. [...] » (CH)**

- « **Une vive altercation éclate pour une place de parking. Les 2 automobilistes se sont insultés pour une place qui aurait été prise à l'un alors que celui-ci avait bien positionné son clignotant pour montrer qu'il attendait la place. Les insultes fusent dans tous les sens. Les agents sont intervenus avant qu'ils en arrivent aux mains. » (CH)**

L'indiscipline de certains personnels est aussi génératrice de violences verbales.

- « [...] j'ai dit à cette personne que sans badge il ne rentrerait plus. [...] J'ai pris son numéro de véhicule et quand il est passé, je l'ai prévenu que je le mettais sur la liste des personnes qui oublient leur badge tout le temps. Cette même personne est passée ce matin et a commencé à me dire de quel droit vous mettez mon véhicule sur une liste noire. Je lui ai répondu que j'avais le droit car il n'avait jamais son badge. Il m'a répondu : vous savez que vous êtes un gros c... [...] » (Extérieur, CH)

✓ À l'intérieur des divers bâtiments de l'établissement

Ce sont des vols de numéraire, de moyens de paiement ainsi que des matériels professionnels ou non avec ou sans effraction qui vont avoir lieu. Ces vols laissent non seulement un sentiment de malaise surtout quand ils se répètent dans le temps à des intervalles assez rapprochés, mais aussi d'insécurité lorsqu'ils sont faits avec effraction. L'utilité du matériel volé est parfois soulignée.

- « [...] La minichaine achetée par le CH servait en salle d'attente pour assurer un minimum de confidentialité (locaux non isolés acoustiquement) [...] » (CMP)

Lorsque ces vols semblent être dus à des personnels de l'établissement, le malaise est encore plus fort, allant jusqu'à instaurer de la suspicion au sein du service.

- « **La cadre du service en voulant ouvrir le coffre-fort qui se trouve dans son bureau s'aperçoit que la porte est ouverte.** Elle constate la disparition d'un classeur dans lequel tous les papiers d'identité (passeport, carte nationale, carte de séjour, livret de famille, carte vitale, carte d'handicapé, carte de mutuelle...) mais également les moyens de paiement (carte bancaire, chéquier) ont disparu. **Ce code n'a jamais été transcrit par écrit. L'ensemble de l'équipe médicale a été convoquée et ont accepté d'ouvrir leur vestiaire.** Toutes les chambres et pièces du service ainsi que le jardin ont été fouillés en vain. Chaque famille et tuteur ont été alertés pour faire opposition auprès des banques. *Plainte* » (Psychiatrie)

- « **Une cagnotte avait été mise en route pour le départ du Dr.** L'argent était récolté au niveau du secrétariat. [...] **il y avait 95,50 € [...] nous avons recompté le montant et nous avons constaté qu'il manquait 60 €.** L'enveloppe était cachée sous des dossiers dans le placard de la secrétaire. La salle d'animation est fermée à clé de 18h à 8h40 mais plusieurs intervenants peuvent avoir accès à la pièce durant cette période. » (USLD/EHPAD)

- « **À l'IFSI de notre établissement, vol d'un gros coffre-fort** contenant entre autres choses un PC portable et des clés USB. **Pas d'effraction, ni de dégradation malgré des bureaux fermés à clé par les agents le soir en partant.** L'alarme ne s'est pas déclenchée, il n'y a pas de présence de caméra. »

Coffres forts pour des particuliers dans les chambres, armoires individuelles dans les vestiaires ou les bureaux sont souvent à disposition des patients/résidents et des personnels. Parfois, il s'agit de d'une descente dans les lieux en fracturant plusieurs armoires. D'autres fois, on constate une négligence certaine à ne pas les utiliser ou les utiliser sans prendre les précautions élémentaires (armoires ne fermant pas correctement, codes non changés, etc.).

- « **Vol d'une paire de chaussures (170 euros) dans le vestiaire sécurisé par un digicode du service d'orthopédie.** Déplacement du responsable sécurité dans le service. **Ce vestiaire est sécurisé par un digicode dont le code n'a pas été modifié depuis plusieurs années, ce qui laisse penser que ce vol n'a pas forcément été commis par l'un des personnels travaillant au service.** Vu avec la cadre afin qu'une demande de modification du code soit réalisée. Ces chaussures n'ont pas été stockées dans le vestiaire individuelle mais à côté. **Sensibilisation demandée** afin que toutes les affaires personnelles soient stockées dans le vestiaire fermé et sécurisé. » (Autres, CH)

Les équipes de sécurité-sûreté interpellent les voleurs d'initiative ou sur appel des personnels. Certaines interventions (vols, dégradations, rixes, intrusions, etc.) s'avèrent délicates avec parfois de violentes bagarres où ces agents sont blessés, les auteurs sachant que les agents de sécurité-sûreté n'ont aucun pouvoir coercitif. Comme tout citoyen, ils peuvent interpellé en flagrant délit une personne qui commet un crime ou un délit (art. 73 al. 1 du CPP).

- « **À la fin de leur service les agents de nuit ont surpris une personne qui volait un vélo, un deuxième vélo était sur place le cadenas coupé.** Appel de la police 6h32, arrivée de la police 6h45 qui prend en charge la personne. Nous récupérons les vélos au PC sécurité. *Plainte* » (Extérieur Ets, CH)

- « **Un patient indélicat essaie de dérober l'ordinateur portable du praticien.** Celle-ci récupère son bien, **action des agents de sécurité pour intercepter le patient, qui, très violent physiquement, donne des coups de poings aux agents de sécurité.** Intéressé arrive à prendre la fuite. » (Chirurgie)

Des vols par effraction.

- « **Cambriolage dans la structure : bureaux fouillés, vols de matériel de travail, vol de la voiture de service.** *Sentiment d'insécurité.* » (CMP)

- « **La caisse du distributeur de boissons a été volée. Serrure forcée, porte dégondée.** » (CH)

La mauvaise qualité du matériel de protection (serrures en l'occurrence) est un facteur facilitant.

- « **Un vol d'appareil de projection a été commis dans un secrétariat, alors que le bureau était fermé à clés. Il a été constaté qu'une forte poussée sur la poignée de porte suffisait à l'ouvrir, malgré la fermeture du verrou. Système de fermeture remplacé. Plainte déposée.** » (Secrétariat, CH)

Ces vols sont parfois bien ciblés avec des conséquences qui auraient pu être graves. Ainsi pour un câble d'alimentation électrique générant une coupure sur des respirateurs.

- « **Un ou des individus fracturent les barrières de sécurité du bâtiment des services techniques. Au sous-sol, ils sectionnent un câble d'alimentation électrique mais celui-ci étant en fonction, ils préfèrent le laisser. La coupure entraîne de gros dysfonctionnement sur plusieurs unités de soins avec des patients assistés de respirateurs électriques mais heureusement dotés de batteries. Donc gros stress pour les soignants et 200 euros de remise en état du câble. Plainte** » (CH)

Des trafics. Si tout se vole, certains produits de santé et matériels médicaux font l'objet de trafics de plus en plus grande ampleur. Complicités internes, malveillance, équipement partant à l'étranger. Le cas qui suit est à noter car très spécifique.

- « **[Telle date] entre 18h30 et 9h30 en thérapie cellulaire, porte Z à [tel étage], vol de : - réactifs de biologie moléculaire, 700 petits tubes d'AOD taqman life technologies servant à la détection de l'adn et de protéines. Plus de 50 flacons d'anticorps provenant de différents fournisseurs pour un préjudice de 180 000 €. Soupçon : aucun intérêt pour un néophyte. Produit invendable, ne peut être utilisé qu'avec des machines perfectionnées et avec un personnel hautement qualifié dans ce domaine. Le stockage doit être dans un congélateur sinon le produit est perdu. Accès au service par 2 portes sous digicode. Aucune effraction. Vraisemblablement vol ou acte de malveillance par un personnel du service comprenant environ 30 personnes. Vidéo néant. Aucune recherche empreintes possible car tout le personnel est amené à toucher les congélateurs et réfrigérateurs où les produits étaient stockés. Vol sans effraction. Plainte** » (Laboratoire)

- « **Interpellation d'un individu dans le service du plateau technique. Après avoir forcé la porte d'entrée, il était en train de forcer la porte du local où sont entreposés les endoscopes. Appel à la Police pour interpellation de l'individu en stipulant les nombreux cas de vols (autres établissements en France). 2 agents blessés dans l'interpellation de l'individu.** » (Unité de soins, CH)

On notera aussi ce braquage hors de l'établissement pour les raisons évoquées : • « **Vols de produits de santé. Le vol c'est produit sur la voie publique par l'attaque du camion de notre prestataire. Il semblerait qu'avec les moyens mis en œuvre par le site tant sur les procédures que sur le matériel de sécurisation, le délit se produit, maintenant, à l'extérieur du site...** » (Extérieur, CH)

Des trafics d'ordonnances, vols de tampons de médecins ou de services à des fins de se voir délivrer des produits stupéfiants ou pour autre cause, sont réguliers. La négligence : laisser trop facilement une porte ou un tiroir ouvert facilite grandement les faits, même si des auteurs sont très audacieux pour dérober en quelques secondes des affaires durant une courte absence du bureau.

- « **La mairie [de telle ville] nous contacte pour signaler avoir eu de la part d'une jeune femme, une déclaration de décès de 2 enfants. Cette déclaration n'est pas habituelle d'où l'appel d'un agent. En recherchant le dossier de cette dame, elle s'est effectivement bien présentée aux urgences gynécologiques le jour de la déclaration de décès, mais n'était pas enceinte. Elle a même re consulté 2 heures plus tard aux urgences adultes. L'agent de la mairie a faxé le certificat qui s'est avéré être un faux. Cette patiente lors de la consultation a dérobé un tampon pour établir ce certificat. Mise en place d'une nouvelle procédure pour ne plus laisser de tampon dans les box.** » (Gynécologie, obstétrique, maternité)

Pour des usurpations d'identité en raison notamment de la non couverture sociale de certaines personnes et afin de bénéficier de soins pouvant aller jusqu'à des opérations. La difficulté est donc de

pouvoir s'assurer de l'identité du patient. Des chirurgiens, des anesthésistes refusent d'opérer et de consulter en ce cas tant que le doute persiste.¹⁸ C'est une cause de désorganisation d'un service.

- « *Service d'endocrinologie. [...] Le secrétariat du Dr X m'informe que ce patient "aurait usurpé" l'identité de son "cousin" pour différents examens et hospitalisations car il n'aurait pas de couverture sociale. [...] La date opératoire est confirmée [...]. Le médecin anesthésiste ne souhaite pas voir ce patient en consultation tant que sa situation administrative n'est pas réglée. [...] Des investigations sont en cours.* » (Médecine, CH)

Pour des dégradations et actes de malveillance.

Il convient de signaler tout d'abord des dégradations de matériel médical qui ont des implications directes quant à la bonne marche du service et au suivi des patients. Comme cela a été signalé pour les vols, certaines dégradations volontaires sont des actes de malveillance qui génèrent un profond malaise puisqu'ils semblent être le fait du personnel hospitalier. Le signalement qui suit va jusqu'à évoquer l'installation de la vidéo dans les couloirs des blocs pour y remédier.

- « *Dégradations d'armoires [pour médicaments et dispositifs médicaux] lesquelles ont été débranchées volontairement. Pas de témoin de cette dégradation. Nombreux actes de malveillance commis depuis le début de l'année. Réflexion quant à la mise en place de caméras dans les couloirs des blocs. Travail en cours quant à l'identification des personnels ayant travaillé lors des différents actes.* » (Bloc opératoire)

- « *L'appareil d'acquisition des EEG, utilisé par les techniciens des explorations de neurologie pendant les interventions de carotide, a été retrouvé totalement désossé. [...] la boîte têtère a été cassée et le moniteur également a été pris. Ce matériel est stocké dans tel bloc, [...]. Des données médicales étaient stockées dans ce matériel détérioré (noms, prénoms et dates de naissance, ainsi que les tracés) et ont donc disparu.* » (Bloc opératoire)

Quelques dégradations par le feu sont relatées dans des locaux techniques. La malveillance ou la vengeance ne sont pas à exclure. Voir à cet égard le point particulier dans le focus sur la psychiatrie, pp. 127-128.

- « *Un individu met le feu à un local de réserves, dégradant la façade d'un bâtiment laboratoire à proximité. Individu interpellé sur place par la police, pompiers maîtrisent le feu. Plainte déposée auprès du commissariat.* » (Laboratoire, CH)

- « *Une personne s'est encore introduite dans le local pour mettre le feu (6 points de départ). Intervention de la police et du laboratoire central pour prélèvement de traces.* » (Local technique, CH)

Pour des intrusions, occupations, dégradations.

« L'hôpital » est un lieu ouvert par nature et il constitue souvent un refuge, surtout lors de conditions climatiques peu clémentes. Des signalements font état régulièrement de la présence de SDF. Du moment que cela ne gêne pas outre mesure la vie de l'établissement, leur présence est admise, les établissements faisant preuve d'humanité en leur accordant « l'hospitalité ». D'autres fois, les comportements portent atteinte aux biens et dérangent également la quiétude des personnels, des patients et la bonne marche des services – l'alcoolisation et la prise de stupéfiants facilitant les dégradations et les violences. Un sentiment d'insécurité, voire de peur, peut finir par s'instaurer si l'occupation et les dégradations se répètent ou si elles ont été immédiatement virulentes.

¹⁸ « *L'identifiant national de santé (INS) est l'un des projets socles de la feuille de route du virage numérique de Ma santé 2022. L'utilisation de l'INS et des traits d'identité pour référencer les données de santé est obligatoire au 1^{er} janvier 2021. Ce référencement des données de santé avec l'INS est indispensable afin d'éviter des erreurs d'identification des personnes prises en charge. En outre, l'identification fiable des personnes permet de faciliter l'échange et le partage des données de santé. Cela contribue à la qualité de la prise en charge et à la sécurité des soins.* »

Source : <https://esante.gouv.fr/securite/identifiant-national-de-sante>

Ainsi la présence de SDF, isolés ou à plusieurs, qui vont occuper à plus ou moins long terme des salles, des halls, des bâtiments non affectés et les dégrader davantage, profiter d'une chambre inoccupée pour s'y laver, voire y dormir, ne pas se plier aux règles de silence, salir les lieux, laisser de nombreux déchets, se battre (venir avec des chiens souvent en extérieur). Certains vont aussi dormir dans diverses parties de l'établissement (cuisine, sous-sol, unité de soins, couloirs, etc.), dérober nourriture et autres biens, « faire la manche », parfois de façon insistante et même agressive, être insultants, menaçants ou encore violents lorsqu'ils sont dérangés par des personnels et invités à quitter les lieux. L'intervention des agents de sécurité-sûreté est régulière et peut se terminer ici encore en rixe avec interpellation mais aussi la sollicitation des forces de l'ordre.

Faire preuve de la plus grande attention, de jour que de nuit, pour ne pas se laisser s'installer des situations qui finiront par dégénérer et assurer la tranquillité des lieux, voilà la difficulté de l'une des missions des services de sécurité-sûreté.

- « *Deux jeunes fument un joint de cannabis. Les deux individus disent squatter les lieux car il fait froid. Reconduits vers la sortie.* » (Hall chirurgie)

- « *Suite à un différend entre 12 SDF à l'entrée du bâtiment, l'un d'eux donne des coups dans une porte automatique et en brise les vitres. Intervention du service de sécurité puis de la police pour l'interpellation de l'individu.* » (Autres, CH)

- « *Depuis plusieurs mois et de façon crescendo, le parking de l'EHPAD et les pelouses sont squattés par des personnes qui viennent s'alcooliser et se droguer. Ils laissent du matériel de consommation et des cannettes/bouteilles éclatées sur la route, les pelouses. Ils déplacent les bancs destinés aux résidents de l'EHPAD afin de se cacher le long des haies. Ils sont régulièrement accompagnés de chiens (en laisse ou non). Le personnel de l'EHPAD est attentif aux résidents et aux visites afin qu'il n'y ait pas de conséquence, ramasse les morceaux de verres des voies, repositionnent les bancs pour les résidents, évite de se garer sur ce parking la nuit. [...] Main courante.* » (USLD/EHPAD)

- « *Un squatteur accompagné de sa conjointe souhaitait se faire offrir une cigarette par deux hébergés. Devant le refus de l'hébergé, il a sorti un couteau et a envoyé quelques coups en direction de l'hébergé. En prenant la fuite, il en a profité pour dérober quelques effets personnels appartenant à sa victime. Il est à préciser que, parmi ces effets personnels, nulle trace de tabac.* » (Autres, CH)

- « *Un intrus occasionnel squatte dans un local sis au sous-sol d'un bâtiment hospitalier. À l'arrivée des personnels, il les insulte et effraie les infirmières.* » (Autres, CH)

- « *4h34, les agents de sûreté des urgences adultes ont trouvé un individu couché sur les chaises dans le couloir dit « des familles » pour y dormir. Les agents ont demandé à cette personne de bien vouloir partir. Très vite le ton est monté. L'individu a insulté puis collé son front sur un des agents. Les agents de sûreté ont maîtrisé l'individu au sol pour essayer de le calmer. Les agents de sûreté ont alors appelé en renfort les agents de sécurité incendie qui arrivent sur place à 4h40. Un second individu est alors sorti des toilettes et est venu pour avoir des explications. [...] Les deux individus ont fini par sortir en menaçant les agents de sûreté et les agents de sécurité incendie de porter plainte et dans le cas contraire de représailles en payant des personnes afin qu'ils viennent s'occuper des agents de sécurité et de sûreté suite à cette altercation. [...] Il est à noter que ces 2 individus sont déjà venus plusieurs fois pour occuper les lieux. [...] » (Urgences)*

- « *Un SDF ivre squatte la salle d'attente du 3B. il est sorti de l'établissement par l'ADS.* » (CH)

- « *Deux personnels de maternité me signalent deux femmes en train de se disputer dans les escaliers. Je monte voir et vois deux femmes SDF squattant depuis un moment à l'hôpital. Je leur demande de faire moins de bruit et de bien vouloir partir. Je me suis faite insulter par la plus jeune des deux personnes. Devant cette agressivité j'appelle le commissariat pour demander l'aide des forces*

de l'ordre. Les deux personnes sont sorties et je n'ai pas vu la police, toutefois ils sont peut-être venus. La **plus jeune des deux personnes, en sortant m'a insultée ; puis menacée de revenir me "casser la g..." si j'avais prévenu la police.** Peur des usagers ; risque pour les utilisateurs et le personnel de recevoir des coups et des injures. » (Maternité, CH)

- « [...] puis il s'est levé face à moi, j'avais extrêmement peur qu'il s'en prenne physiquement à moi puisque j'étais toute seule. Il a pris mon repas que je n'avais pas encore rangé puis est parti par la porte derrière le scanner. Il m'a fallu un long moment avant de pouvoir reprendre mes esprits car j'étais terrifiée. » (Radiologie)

- « Deux hommes ont divagué dans l'établissement (services de soins, accueil et jardin thérapeutique) à telle date en importunant les équipes ; L'un de ces 2 hommes était encore présent ce jour, il a eu des propos très agressifs envers plusieurs membres du personnel, a agressé physiquement un agent technique, a porté des coups sur le véhicule d'un membre du personnel... Casse des lunettes de l'agent technique agressé. Plainte » (CH)

Constatation de dégâts à la suite d'actes de vandalisme de nuit après intrusion avec effraction dans le secrétariat et le bureau d'un médecin.

- « [...] au niveau de l'entrée de la salle d'attente du privé (porte dégoncée) puis dégradation du secrétariat (porte également dégoncée) avec le constat suivant : - placard à gauche à l'entrée du secrétariat dégradée (porte arrachée et jetée par la fenêtre sur la terrasse) - porte entre le secrétariat et la salle de détente dégoncée - présence de nombreux mégots au sol, de canettes de soda, de préservatifs - murs dégradés par de la nourriture projetée - présence d'urine au sol dans le secrétariat et dans la salle de détente - présence de nourriture dans le photocopieur [...] le bureau du Docteur X a été également dégradé - Le constat est le suivant : - porte du bureau arrachée et cassée - armoires ouvertes - documents divers éparpillés au sol. [...] » (Gynécologie, obstétrique, maternité)

Les agents de sécurité-sûreté interviennent d'initiative ou sur appel des personnels de santé à la suite d'intrusion. Cela entraîne des violences verbales et physiques. Parfois les agents sont blessés. Quand ces intrusions ont lieu la nuit, elles sont plus angoissantes pour les personnels de santé.

- « Ce jour à 4h15, une IDE de la chirurgie orthopédique signale la présence d'un individu suspect. L'individu correspondant à un squatteur potentiellement agressif, les agents procèdent au contrôle du 0 où ils ont trouvé un local désaffecté squatté. Le cadre de nuit signale au PC qu'il a trouvé l'individu au niveau de tel escalier à tel niveau. Les agents rencontrent l'individu vers 4h30 au 0 au moment de rejoindre le cadre. Une course poursuite s'engage alors entre le fuyard et les agents de sécurité. [...] Ces derniers sont prévenus par le PC que le cadre de nuit a été blessé par l'individu. Agissant dans le cadre de l'article 73 du CPP et en état de délit flagrant, M. l'agent de sécurité parvient à amener au sol le fuyard qui se débat alors est alors conduit au bureau de médecine légale des urgences afin d'y attendre les forces de l'ordre. L'individu s'est débattu pendant toute l'intervention et a proféré des menaces de mort envers l'agent de sécurité (« je reconnaitrai ta tête de chauve, je vais te crever, on va faire un face-à-face, je reviendrai à l'hôpital te crever »). [...] L'agent de sécurité a été blessé au dos [...] Arrêt de travail. Plainte, condamnation. » (Chirurgie)

Les bâtiments et locaux inoccupés sont source de problème. Cela perturbe le voisinage.

- « Découverte de 7 engins incendiaires (5 bouteilles de bière, 1 bouteille de vin et 1 canette d'Oasis emplies d'essence et obstruées par des mèches). Contexte de sans logis refoulés qui avaient fait des menaces d'incendie volontaire. Plainte, instruction ouverte. » (Sous-sol, jardin, parking, CH)

- « Une femme est interpellée par les agents de sécurité. Elle a commis plusieurs vols en pédiatrie (denrées alimentaires, parfum d'un médecin, trousseaux de clés de l'hôpital). L'intervention de la Police a été demandée. Cette femme qui "squattait" dans des locaux désaffectés de l'établissement est interpellée et placée en garde à vue. [...] » (Pédiatrie, néonatalogie)

Des ouvertures non réparées permettent des intrusions, des vols et des dégradations :

- « *Intrusion sur le site du CMP [de telle ville]. Dégradation des locaux (fenêtre, portes, matériel informatique, téléphones, plaques de plafond, extincteurs). Vol de médicaments. Bâtiment non sécurisé du fait du bris d'une vitre d'un bureau. Portes des bureaux infirmiers et secrétariat et de la salle de soins endommagées.* » (Psychiatrie)
- « *Insultes racistes sur l'agent de sécurité par une SDF qui refusait les injonctions de sortir alors qu'elle squattait dans un local non fermé.* » (Autres, CH)

II. ANALYSE DES VIOLENCES ENVERS LES PERSONNES

41 285 victimes d'atteintes aux personnes et aux biens ont été recensées (39 389 en 2018)

soit : **34 922 victimes d'atteintes aux personnes** (33 431 en 2018)
6 363 victimes d'atteintes aux biens. (5 958 en 2018)

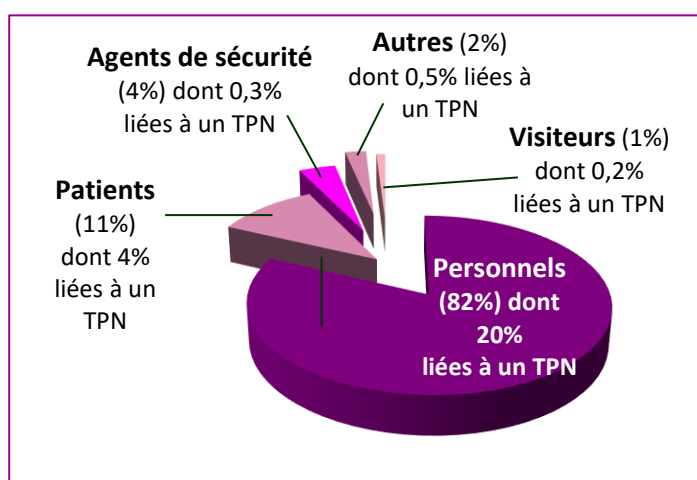
4 704 des 41 285 victimes **le sont à raison des deux types d'atteintes.** En effet, une victime peut être comptabilisée 2 fois : 1 fois pour atteinte aux personnes, 1 fois pour atteinte aux biens.

II.1 Les atteintes aux personnes

Le tableau 9 et le graphique 10 donne la répartition des 34 922 victimes d'atteintes aux personnes. Personnels, Patients et Autres connaissent une augmentation (plus forte pour les personnels, 27 289 en 2018, moins forte pour les patients, 3 462 en 2018). En revanche, moins de signalements ont été enregistrés pour les agents de sécurité victimes (1 377 en 2018).

Personnels	28 627
Patients	3 771
Agents de sécurité	1 377
Autres	803
Visiteurs	340
Détenus	4
TOTAL	34 922

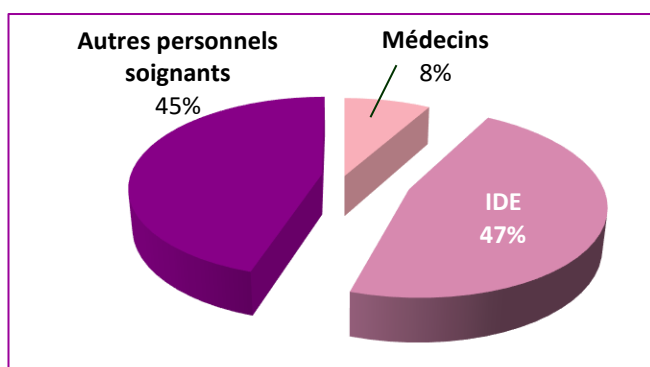
Tableau 9 et Graphique 10.
Répartition des victimes d'atteintes aux personnes (nombre/pourcentage)



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

Médecins	2 240
Infirmiers	12 638
Autres personnels soignants	12 196
TOTAL	27 074

Tableau 10 et Graphique 11.
Répartition des victimes personnels santé.



Les « Personnels » sont répartis en personnels santé et personnels administratifs. Les personnels santé représentent 94,5% de la catégorie « Personnels ». V. répartition Tableau 9 et graphique 10.

Les médecins en pourcentage connaissent une baisse des signalements de 1% des violences commises à leur égard ainsi que pour le nombre de victimes (- 99).

Les infirmiers en revanche, et surtout les Autres personnels soignants, connaissent une augmentation assez importante en nombre : + 518 pour les infirmiers et + 958 pour les Autres personnels soignants, cette catégorie-ci étant majoritairement composée d'aides-soignantes.

Les « personnels administratifs » représentent 5,5 % de la catégorie « Personnels ». Elle est constituée majoritairement de personnels affectés à l'accueil. Les chiffres restent stables.

Tableau 11. Répartition des victimes « Personnels » et « Agents de sécurité » selon le sexe

	Hommes		Femmes		Total
Médecins	1 288	58%	952	43%	2 240
IDE	2 769	22%	9 869	78%	12 638
Autres personnels soignants	2 397	20%	9 799	80%	12 196
S/total	6 454	24%	20 620	76%	27 074
Administratifs	142	9%	1 411	91%	1 553
S/total	6 596	23%	22 031	77%	28 627
Agents de sécurité	1 268	92%	109	8%	1 377
TOTAL GÉNÉRAL	7 864	26%	22 140	74%	30 004

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

Les femmes sont très majoritairement victimes sauf chez les médecins et les agents de sécurité.

Toutes victimes confondues, les atteintes aux personnes déclarées à l'ONVS ont généré :
6 205 jours d'arrêt de travail sur 2 859 signalements mentionnant les arrêts de travail,
1 134 jours d'incapacité totale de travail (ITT) sur 2 333 signalements mentionnant l'ITT.

✓ Remarque 6 **IL N'Y AUCUN RAPPORT 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, etc.). 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. »¹⁹

¹⁹ Source : <http://www.urgences-serveur.fr/certificat-medical-descriptif-d,1124.html>

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

Dans le cadre des atteintes sur les personnels, l'ONVS tient à faire ressortir davantage l'importance et la gravité des violences volontaires sans arme, et des menaces et violences volontaires avec arme, que les auteurs soient pleinement conscients ou non de leurs actes.²⁰

✓ **Des violences volontaires sans arme sur les personnels**

Que ces violences se produisent durant les soins ou à d'autres occasions, la difficulté est d'arriver à les prévenir et à se protéger du mieux possible (voir conclusion). Elles génèrent parfois non seulement des arrêts de travail mais ont aussi des répercussions psychologiques très importantes et délétères pour la victime. Il ne faut donc pas les minimiser d'autant que la récurrence de ces violences commises par un même patient/résident sur un soignant peut très bien finir par générer de la maltraitance involontaire ou non chez ce dernier en raison de l'appréhension, voire de la peur, ou encore en raison de l'exaspération de subir de nouvelles violences.

Ces violences sans arme se caractérisent de la sorte :

Coup de tête, coup de poing, coup de coude, coup de genou, coup de pied (notamment dans la gorge, le nez, l'œil, la mâchoire, la pommette, les lèvres, les dents, les parties génitales, les seins, le ventre d'une femme enceinte) ; cri strident dans ou à proximité de l'oreille ; doigt dans l'œil ; étranglement ; gifle ; griffure ; morsure ; ongle enfoncé dans la chair (avec parfois arrachage de la peau) ; pincement ; projection violente contre une personne, un mur, au sol, dans l'encadrement d'une porte, etc. ; serrage très fort des poignets, des avant-bras et des bras ; tirage des cheveux (avec parfois arrachage de touffes et même du cuir chevelu) ; torsion des doigts, des bras et des poignets.

Pour évoquer avec réalisme un des aspects de ce type de violence et le contexte, l'ONVS a choisi d'évoquer les cas de **tirage des cheveux (avec parfois arrachage de touffes et même du cuir chevelu)**.

La prise en main des cheveux par l'auteur – parfois à deux mains – empêche souvent la victime de pouvoir se dégager facilement. Cela peut ainsi durer plusieurs minutes et la victime est parfois obligée de demander l'intervention d'un ou plusieurs collègues. La douleur est fréquemment décrite comme très violente, voire insoutenable avec parfois la survenue de séquelles physiques (au niveau des cervicales ou du cuir chevelu) et/ou psychologiques. Cette situation peut être très angoissante surtout quand l'auteur secoue fortement la tête de la victime en vue de la mettre au sol (lui créant une désorientation dans l'espace), voire de la traîner par les cheveux, avec le risque de lui asséner alors des coups de pied et des coups de poing spécialement sur le visage.

Si cette violence peut être prévisible lorsque la situation s'est déjà envenimée (propos ou gestes agressifs du patient/résident), en revanche à l'occasion d'un soin ou d'un service où l'agent se rapproche du patient/résident, la surprise du passage à l'acte peut être totale, de même quand l'auteur agresse par derrière. Cette dernière situation est particulièrement angoissante. C'est généralement en psychiatrie ou pour des personnes souffrant de troubles cognitifs que l'on retrouve ces signalements.

Ce signalement est particulièrement violent.

• *« Au sein du centre d'accueil urgences psychiatriques un patient attend que l'infirmière se trouve le dos tourné, se jette violemment sur elle, la traîne par terre en la tirant par les cheveux et lui assène des coups de pied et de poing, il est ensuite maîtrisé par le service de sécurité ainsi que le personnel arrivé sur les lieux en renfort. L'infirmière se trouve avoir été choquée de la violence de*

²⁰ La violence commise par les mineurs, dont les jeunes enfants, est parfois particulièrement marquante pour les victimes. Un focus traite spécifiquement de cette thématique. Voir III Divers focus : III.2 La violence et les mineurs, p. 106.

l'agression, elle déclarera plus tard avoir vu dans les yeux de l'auteur l'envie de la tuer. L'auteur se trouve avoir été hospitalisé pour tentative de meurtre sur sa compagne. Plainte. » (Psychiatrie)

Diverses circonstances sont évoquées dans diverses unités et structures.

- « **« Patiente crache au visage de deux IDE, vu en entretien par l'IDG. Crache au visage de l'IDG, inaccessible au recadrage. Difficultés à trouver une chambre d'isolement dans l'hôpital, pendant ce temps saute au visage d'une IDE et lui arrache violemment les cheveux. Grosse perte de cheveux, douleur au niveau du cuir chevelu, douleurs aux cervicales, choc psychologique, l'IDE est en pleure. Déclenchement du PTI, patiente installée quelques minutes plus tard quand une chambre d'isolement est enfin trouvée. » (Psychiatrie)**

- « **« Alors que l'étudiante était assise, la patiente passe derrière elle et lui tire les cheveux pour les lui arracher, ce qui entraîne une chute de l'étudiante au sol. Patiente neutralisée. [...] » (Psychiatrie)**

- « **« Dès le retour de bloc, le brancardier nous informe que le patient est agité et agressif. Nous allons immédiatement le voir dans sa chambre, impossibilité pour nous, les soignants, d'approcher le patient, agitation [...] Grossièreté +++ et agressivité +++++ envers les soignants. A tiré les cheveux d'un agent avec une extrême violence, douleur importante au niveau du cuir chevelu, hématome et griffure au niveau du bras droit. Pour 2 autres agents, griffure au niveau du bras droit. » (Chirurgie)**

- « **« La patiente a attrapé l'IDE par les cheveux et l'a mise à terre. Elle ne l'a pas lâchée pendant au moins 5 minutes. Il a fallu 3 collègues et 2 agents de sécurité pour la maîtriser (Cause inconnue). » (Médecine)**

- « **« L'aide-soignante se trouve dans le bureau des éducateurs en vue de la préparation d'un séjour, lorsqu'une résidente fait irruption et l'agresse en lui arrachant les cheveux au-dessus du crâne. » (MAS)**

- « **« Poignée de cheveux arrachée à un soignant par une résidente au cours d'une crise d'agitation majeure ayant nécessité la venue de 5 soignants pour pouvoir contentionner la résidente au lit avec ceinture pelvienne et barrières, venait de recevoir un traitement injectable également réalisé sous la contrainte et la force. » (USLD/EHPAD)**

- « **« Monsieur, en partant de la salle à manger, a agressé une ASHQ en l'agrippant par les cheveux sévèrement. Obligé d'être à deux soignants pour qu'il lâche prise. » (USLD/EHPAD)**

- « **« Une patiente hétéro agressive [...]. La patiente, de manière très impulsive, s'est jetée sur ma personne en essayant de m'atteindre au visage, a réussi à m'empoigner les cheveux, de manière à ne me laisser aucune marge de manœuvre pour appeler des renforts. La seule alternative que j'ai eue est de la mettre au sol afin de me défaire de son emprise. [...] Situation préoccupante car ces passages à l'acte sont récurrents tant dans la fréquence et de plus en plus violents dans leur intensité. » (Psychiatrie)**

- « **« Agression de l'infirmière par la patiente alors qu'elle voulait ramasser la carafe d'eau qui était tombée au sol. La patiente a attrapé l'infirmière par les cheveux et l'a insultée. Des visiteurs qui se trouvaient dans le couloir ont donné l'alerte et aidé l'infirmière. L'infirmière a pu se défaire de la patiente grâce aux mèches de cheveux arrachés. » (SSR)**

Dans la chambre des patients/résidents.

- « **« Lors du coucher de la patiente je me suis fait attraper violemment par les cheveux à 2 reprises bien que nous soyons 2 soignants pour la prise en charge des soins. Attitudes récurrentes de la part de la patiente sur le personnel, déjà signalé. » (SSR)**

- « Alors que l'aide-soignante de l'aile aidée par l'élève aide-soignante effectuaient le **changement de chambre d'un patient, ce dernier est entré dans sa nouvelle chambre et a attrapé l'élève par les cheveux et l'oreille puis lui a arraché les cheveux. Il a fallu l'intervention de l'aide-soignante pour le faire lâcher. Il a ensuite été pris en charge par l'IDE et mis à l'écart pour apaisement.** » (Psychiatrie)

- « **Le patient sonne et l'aide-soignante se rend seule dans la chambre. Quelques minutes plus tard sa collègue entend des cris. Le patient a sauté sur l'aide-soignante et lui serre le cou (alors qu'elle avait le dos tourné pour éteindre la sonnette). D'une main, le patient tient le cou de l'agent et de l'autre lui tire les cheveux. Le patient est incohérent et est très énervé, il est difficile de lui faire lâcher prise.** » (Médecine)

Lors de soins de toilettes.

- « **Lors de la toilette des pieds, la résidente attrape les cheveux de l'aide-soignante et tire. La soignante réussit à se dégager, et continue le soin en se tenant à distance. Néanmoins, la résidente réussit à lui attraper à nouveau les cheveux. L'AS appelle à l'aide son collègue ASH qui vient la libérer. La soignante exprime le sentiment que la résidente ne lâcherait prise pas tant qu'elle n'aurait pas arraché une touffe de cheveux, ce qui a été le cas.** » (MAS)

- « **Lors de la douche, le patient est très agité et crie beaucoup. Il est souillé de selles. Nous le lavons sous la douche avec difficulté vu son agitation. Le patient est installé sur une chaise douche. J'étais en train de lui nettoyer le dos en me mettant derrière la chaise et à genou afin d'accéder à cette zone lorsque le patient a cherché à m'attraper et qu'il a agrippé ma chevelure. Je crie de douleur car le patient tire extrêmement fort et j'essaye de me dégager mais il ne me lâche pas et continue de me tirer vers lui. Ma collègue, aide-soignante, tente de m'aider et deux autres collègues présentes dans la salle de bain viennent à mon secours pour m'aider et faire en sorte que le patient me lâche les cheveux. Une collègue, aide-soignante, présente lors de la toilette, a reçu également plusieurs coups de la part du patient.** » (Médecine)

- « **Un patient a pris une poignée de cheveux d'une aide-soignante dans ses mains en tirant violemment lors de soins de nursing pendant la douche.** » (Médecine)

✓ Des menaces et violences volontaires avec arme sur les personnels

Le nombre déclaré d'utilisation d'une arme est relativement faible comparé aux violences volontaires sans arme (2%). Les effets sont graves, d'autant que sous l'emprise de la colère, d'une pathologie comportementale ou d'une autre cause (alcool, stupéfiants), tout objet à portée de main ou, plus rare, fabriqué ou transformé volontairement à cette fin, peut devenir une arme très dangereuse, surtout s'il est projeté en direction du visage ou de la gorge.

On entend par armes :

- **celles par nature** (arme à feu ; arme blanche²¹ dont les objets contondants : poing américain, tonfa, nunchaku, etc. ; bombe lacrymogène),
- **celles par destination** (objets qui vont être utilisés comme arme soit par détournement de leur usage naturel à des fins de violence, soit parce que l'auteur a délibérément transformé l'objet dans le but d'en faire une arme, ce qui est plus rare)²².

²¹ Arme blanche : « toute arme dont l'action perforante, tranchante ou brisante n'est due qu'à la force humaine ou à un mécanisme auquel elle a été transmise, à l'exclusion d'une explosion » (art. 1-10° décret 2013-700 du 30 juillet 2020).

²² Une attention particulière doit être portée sur l'installation d'éléments fixes qui ne peuvent pas être démontés, ou du moins pas démontés trop facilement, pour ne pas servir d'arme. La résistance des matériaux est également un élément important à prendre en compte. Un matériau cassé peut devenir une arme tranchante ou contondante particulièrement dangereuse. La vigilance reste toujours de mise dans certaines unités et structures. C'est une des meilleures préventions.

Ci-dessous, l'inventaire des armes utilisées pour frapper ou menacer la victime.

(Les mots soulignés sont des objets nouvellement signalés en 2019 comme arme par destination).

Adaptable, agrafeuse, aiguille à tricoter, anse de broc d'eau, antenne de crâne, assiette, balai, balai (manche à...) avec cutter scotché au bout, balle en bois, barre de fer, batte de baseball, béquille, bistouri, bouteille en verre, branche d'arbre, bris de verre, brosse à dents équipée d'une lame de rasoir, cadre mural avec verre, cafetière brûlante, canne de marche, casaque roulée en bouchon contenant des bouts de verre, casque de moto, ceinture de cuir, ceinture de sécurité, ceinturon, chaîne de vélo, chaise, chambranle de porte, charriot de soignant, chaussure, chaussure de foot à crampons, chien, cigarette allumée, cintre, ciseaux, clavier d'ordinateur, clou, cordon de sonnette, cordon de téléphone, couverts en métal, crayon à papier, crochet du lève-personne, déambulateur, déodorant (aspersion dans les yeux), écran d'ordinateur, enceinte bluetooth, extincteur, fauteuil roulant électrique ou manuel, fils électriques, grille de radiateur.

Instrument de musique, joint de fenêtre, jouet, lame de rasoir, latte de lit, livre, lunettes, marteau, marteau brise-vitre, massue en bois, miroir, néon, oreiller, panier du lave-vaisselle, panier, panneau de sécurité, pèse-personne, pichet en métal, pied à perfusion, pied de table, pierre, pistolet à bille, pistolet de la douchette, plaque en fer, plateau-repas, plâtre en résine, poignée de volet roulant, porte (frapper avec ou la fermer sur les doigts), porte-gants en métal, poteau de balisage, poubelle métallique, produit désinfectant (aspersion dans les yeux), punaise pour tableau, raquette, sangle, sapin de Noël, scalpel, scope de transport, seringue (usagée), stylo à bille, table, télécommande de jeux vidéo ou de télévision, téléphone portable, tensiomètre, thermomètre tympanique, tournevis, triangle de potence, tringle à rideaux, tringle de penderie, tronçonneuse, trousseau de clés, urinal, vaisselle, valise, véhicule, vélo, ventilateur.

C'est surtout en psychiatrie et dans une moindre mesure en gériatrie et aux urgences, que ces objets deviennent des armes. Les motifs ne sont alors pas toujours apparents. D'autres services ou lieux ne sont pas épargnés.

Signalements de menaces avec arme par nature ou par destination.

Ces signalements sont assez rares mais on comprend aisément qu'ils sont particulièrement éprouvants pour les personnels. La difficulté est de pouvoir rapidement alerter des collègues ou le service de sécurité, si celui-ci existe, voire les forces de l'ordre, et de pouvoir se mettre à l'abri ainsi que les témoins qui seraient présents. Que l'intention de violenter soit réelle ou simulée, que l'arme, s'il s'agit d'une arme à feu, soit factice ou non – élément dont on ne peut se rendre compte sur le moment, l'impact psychologique est particulièrement délétère sur la victime et les témoins.

- « *Patient qui arrive aux urgences pour demander que l'on appelle le 115 pour lui car personne SDF. [...] Le patient me montre alors une arme à feu noire mise dans la ceinture de son pantalon et la sort à ce moment-là. Je pars directement et je dis aux patients présents à l'accueil de partir vite car il a une arme, je me réfugie en filière longue en faisant signe aux patients de tous venir, et j'appelle alors le commissariat de police immédiatement et ma collègue AS à l'accueil ce jour. Je réussis à lui prendre l'arme qui s'avère finalement factice. La police arrive aussitôt et intercepte le patient. Traumatisme psychologique pour l'équipe soignante !!!!* » (Urgences)

- « *Devant les menaces envers l'interne d'un patient qui possède un sabre : "Si elle rentre dans ma chambre je vais la planter", nous décidons avec ma collègue infirmière de rentrer dans la chambre toutes les deux pour lui donner ses traitements antalgiques. Vu la situation, ma collègue a téléphoné à la sécurité, qui arrive alors que nous sommes dans la chambre. Le patient a alors sorti un sabre d'une trentaine de centimètres qu'il cachait dans son dos en direction des agents de sécurité et a crié : "Sortez de ma chambre ou je vais vous planter !" Nous avons laissé les agents de sécurité faire le nécessaire. Insultes et menaces constatées envers d'autres collègues. [...]* » (Unité de soins, CH)

- « *Agression envers le personnel. Injures. Menaces avec arme par destination (scalpel volé dans le service). Automutilation. Intervention des services de police. Immobilisation du patient au TASER [pistolet à impulsion électrique]. Refus des services de police de prendre en charge le patient. Patient sorti librement. Signalement effectué auprès de nos correspondants de la police nationale (protocole local hôpital police).* » (Urgences)
- « *Circulation devant les urgences. Un chauffeur bloque le passage des pompiers, il menace l'agent de sécurité avec un couteau lorsque celui-ci lui demande de déplacer son véhicule. Plainte.* » (Urgences)
- « *Le détenu se présente à l'infirmier pour une automutilation bras gauche à coup de lame de rasoir. J'ai essayé de le dissuader de recommencer et il me répond : "tu l'aimes ton travail, alors soigne moi". Je lui demande de rester respectueux et que l'agressivité n'a pas sa place ici et il me répond : "ça ne te regarde pas si je me coupe", sort une lame de sa bouche, la tend vers moi et dit en me regardant fixement : "la prochaine fois c'est toi que je vais couper". Plainte.* » (UCSA)
- « *Patient étranger, accompagné de sa mère et d'un ami, pour une demande de traitement Méthadone. (Difficulté dans la compréhension par rapport à la barrière de la langue). Regard menaçant). Devant son attitude menaçante nous appelons un collègue infirmier en renfort. [...] Nous ne délivrons pas le traitement et il retourne dans le hall. Le Dr Y intervient à nouveau ainsi que les deux infirmières et il me menace à nouveau en me montrant une douille de balle, retirée de sa poche.* » (Addictologie)

Lorsque les faits se déroulent la nuit avec un personnel restreint, la crainte est d'autant plus importante.

- « *L'infirmière a entendu du bruit venant du couloir vers 4h15 du matin, lorsqu'elle est sortie de l'infirmier pour aller voir ce que c'était. Elle s'est retrouvée à un mètre du patient qui tenait un couteau (une lame entre 10 et 15 cm) droit devant lui en disant à la soignante : "je vais te planter, tu m'as drogué". L'infirmière a réussi à se mettre en sécurité de l'autre côté de l'infirmier et a pu appeler la sécurité de l'hôpital (sont intervenus dans les 2 minutes). En attendant leur intervention, le patient agressif allait dans chaque chambre de chaque patient pour les réveiller en allumant la lumière et en criant "Réveillez-vous, je l'ai tuée". Plusieurs tentatives de l'infirmière ont été faites pour le calmer mais ce dernier était de plus en plus agressif et ne répondait que par : "Je vais te tuer sal..." en se rapprochant d'elle. Après immobilisation du patient et retrait de son arme par les agents de sécurité, le patient a dit qu'il se "débrouillerait pour trouver un autre couteau car ne veut plus être drogué".* » (Chirurgie)
- « *Un patient m'a menacé de me poignarder en mimant le geste plusieurs fois. Puis il a brandi un couteau pour me menacer réellement en présence de la cadre de nuit qui a tenté de le calmer. L'agent de sécurité du SAU a appelé le PC sécurité en renfort. Ils l'ont désarmé et ont fait sortir le patient (déjà sorti informatiquement avant l'incident).* » (Urgences)

Cette crainte est même amplifiée s'il s'agit de se rendre au domicile du patient.

- « *[...] Déclaration faite car le patient a des antécédents de violences physiques envers du personnel médical et soignant lors d'autres prises en charge. De même, les IDE ne sont pas rassurées d'aller seules chez lui la nuit, car le patient possède une arme à feu à son domicile.* » (SSIAD)

Signalements de violences avec diverses armes par destination. Si certaines violences n'ont pas eu de conséquences physiques graves...

- « *Une patiente agressive et très agitée lance volontairement la barre et le crochet du lève-malade sur une aide-soignante et la blesse à la lèvre et à l'arcade sourcilière.* » (Autres, CH)

- « **En sortant des toilettes j'ai reçu un coup violent sur la pommette droite, qui m'a surpris et m'a fait mal. C'est en refermant la porte de ces toilettes que j'ai pu apercevoir une dame tenant des deux mains une paire d'espadrille. [...] elle a continué à vouloir me taper mais j'ai pu l'esquiver en la laissant dans la pièce pour aller avertir mes collègues. J'étais encore sonnée et sous le choc de cette agression.** » (Neurochirurgie)
- « **Lorsque l'aide-soignante a pris son poste elle voit un patient déambulant avec sa valise. Ce patient souhaitait partir. [...] Après avoir raccroché l'aide-soignante demande au patient de regagner sa chambre en l'attrapant par le bras. À ce moment-là le patient s'empare de sa valise et assène plusieurs coups à l'aide-soignante qui essaie de se protéger avec son bras. Un appel est donné aux agents de sécurité pour intervenir. À 1h du matin l'interne de garde constate les blessures sur l'agent et prévient l'administrateur de garde. Ce patient a dû être contenu avec des contentions et l'agent s'est rendu aux urgences.** » (Chirurgie)
- « **Lors de l'accueil de jour la monitrice éducatrice (Y) animait un atelier musique avec l'étudiante éducatrice, l'atelier allait se terminer, elle faisait le tour de table dans un ordre précis et aidait les résidents à utiliser les instruments. Z, résidente demandeuse d'attention, se lève, suit la monitrice et la sollicite à plusieurs reprises pour être priorisée. Y diffère son intervention (cela fait partie de l'accompagnement), continue son activité auprès d'une autre résidente. Z se positionne dans le dos de Y, la touche, Y alors se retourne et reçoit un coup violent au visage côté droit avec un instrument de musique en bois. Tuméfaction de la joue, arcade sourcilière ouverte lunettes fendues en deux. Y est sonnée sous le choc violent et va chercher du secours.** » (MAS)
- « **À 00h45, le patient hospitalisé [...] s'est levé malgré les barrières du lit. À mon entrée dans le box, il était debout avec le ventilateur à la main et m'a violemment frappée à plusieurs reprises sur le crâne et la pommette droite. Ma collègue est vite venue et a pu enlever le ventilateur des mains du patient. Elle a appelé la personne du PC sécurité et le Dr cardiologue de garde. Ma collègue m'a retenue pour ne pas tomber car j'étais sonnée. Le patient s'est arraché la voie centrale en jugulaire gauche. Il a été recouché facilement, contentonné aux poignets suite à l'ordre du cardiologue et reperfusé. Il persiste une contusion au niveau de la pommette et du haut du crâne. J'ai appliqué de la glace.** » (Médecine)
- « **J'étais en train de faire une entrée patient à l'accueil lorsque un individu se présente et souhaite passer devant tout le monde dans un état agressif. Il agresse une dame dont je suis en train de faire l'entrée. Par la suite, lors de sa prise en charge pour ses papiers administratifs, l'individu m'a insultée, menacée de mort et jeté son téléphone portable au visage. J'ai donc été porter plainte le lendemain et je suis convoquée à l'unité médico judiciaire. Agent très choquée.** » (Urgences)
- « **Une patiente, après avoir verbalement menacé l'équipe soignante, s'est emparée de l'extincteur du service et nous a aspergés de son contenu. [...] Nous avons tous reçu du produit sur l'ensemble du corps, et plus particulièrement dans les yeux [...] Nous étions toutes les deux au plus près de la patiente pour tenter de la désarmer, nous avons pris des coups, et dû faire des efforts considérables pour tenter de l'immobiliser et lui faire lâcher prise. [...] brûlure aux yeux, picotements sur la peau (visage surtout), douleur épaules et bras et dans le dos. [...]** » (Urgences)
- « **Ce jour, lors d'une consultation, le détenu a brutalement jeté l'ordinateur du médecin par terre et l'a agressé avec un bâton qu'il avait caché sous ses vêtements. Il l'a frappé avant que ce dernier n'arrive à le maîtriser avec l'aide de 2 détenus, jusqu'à l'arrivée du surveillant de l'unité et de plusieurs surveillants venus suite au déclenchement de l'alarme.** » (Centre de détention)
- « **De garde de nuit en service suite de couches, [...] je me présente à 20h20 dans la chambre double afin de réaliser un examen clinique de surveillance sur un nouveau-né. À l'arrivée en chambre,**

la patiente concernée avait beaucoup de visites. J'explique gentiment que je vais devoir effectuer un examen et que, vu l'horaire, les visites sont terminées depuis 20h. Je demande de bien vouloir quitter la chambre. [...] **Franchissant le seuil de la porte de la chambre** en même temps, j'en profite et referme la porte pour sécuriser l'environnement et effectuer mon examen chez l'enfant mais **la patiente rouvre de suite violemment la porte de la chambre, et étant encore derrière, je me la prends en pleine face et dans le thorax côté droit.** [...] Je demande à ma collègue d'appeler la sécurité, [...] **choquée de la situation et de sa violence.** » (Unité de soins, CH)

...d'autres l'ont été et auraient même pu s'avérer dramatiques.

- « Lors de la visite du matin, **le patient (placé en chambre de surveillance) semblait calme et avait passé une bonne nuit. Le médecin, accompagné de 6 soignants dont 4 hommes, a évalué le patient et lui a donné un rasoir jetable afin qu'il se rase. Le patient a alors retiré la protection de la lame et s'est aussitôt précipité vers le médecin, qu'il a blessé de deux coups de rasoir sur la joue gauche. Le médecin et les soignants ont réussi à récupérer le rasoir immédiatement après l'agression. La plaie au visage du médecin a nécessité une compression de 30 minutes.** » (Psychiatrie)

- « En service de neurologie, **un patient est debout dans le couloir, il est très agité et délirant. Appel de la sécurité pour aide à la contention, le patient a donné des coups de télécommande dans le ventre de l'aide-soignante, enceinte de 4 mois.** » (Médecine)

- « **Patient a essayé d'étrangler un AS avec le cordon de téléphone, arrêté par une IDE avant de réaliser son acte.** » (SSR)

- « Lors du tour du service et dispensation des traitements de nuit vers 22h. En entrant dans la chambre du patient l'équipe trouve **le patient agressif, soudainement celui-ci saisit un couvert qu'il avait dissimulé et tente de les agresser en s'en servant comme d'un poignard. Voyant le danger, les IDE décident de le maîtriser et de le "désarmer". Une fois maîtrisé, décident de le contenir afin de le mettre et de les mettre en sécurité.** » (Psychiatrie)

- « **Passage à l'acte violent d'un patient sur soignant avec arme contondante (crayon à papier avec mine aiguisée), lors de l'activité dessin. Le soignant a reçu un coup de crayon violent placé dans le poing du patient au niveau de la pommette droite sur un geste impulsif ?** » (UMD)

Signalements de violence hors contexte de soins touchant particulièrement les agents des services de sécurité et de sûreté qui peuvent constater des faits d'initiative ou être appelés par les soignants.

- « **Le vigile (société prestataire) a été agressé verbalement et physiquement par un individu qui fouillait dans les poubelles de l'unité centrale de restauration. L'individu lui a asséné un coup sur la face avec une arme par destination (raquette).** Plainte, comparution immédiate. » (Autres, CH)

- « **Deux individus ont garé un scooter en un lieu où le stationnement est gênant. L'agent de sûreté a demandé au conducteur de déplacer son véhicule : injures raciales et bagarre avec usage d'un casque de moto. Les auteurs ont quitté les lieux en menaçant de venir avec du renfort. Agent de sécurité blessé.** » (Extérieur établissement, CH)

II.2 Typologie des auteurs

23 390 auteurs de violences aux personnes ont été signalés à l'ONVS (21 994 en 2018). Dans près de 90% des cas, les auteurs des violences sont des patients ou des visiteurs et accompagnants.

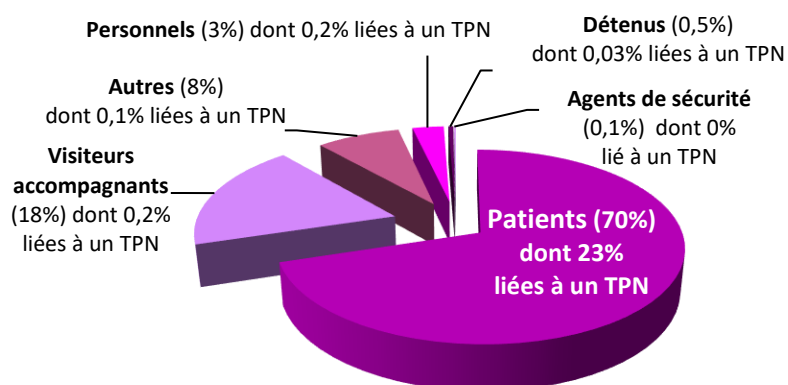
Tableau 12. Typologie des auteurs

	Hommes		Femmes		Total	
Personnels	339	48,7%	357	51,3%	696	3%
Patients	11 596	70,6%	4 818	29,4%	16 414	70%
Visiteurs accompagnants	2 801	65,3%	1 485	34,7%	4 286	18%
Autres	1 546	83,7%	302	16,3%	1 848	8%
Détenus	108	96,4%	4	3,6%	112	0,5%
Agents de sécurité	33	97,2%	1	3%	34	0,1%
TOTAL	16 423	70%	6 967	30%	23 390	100%

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

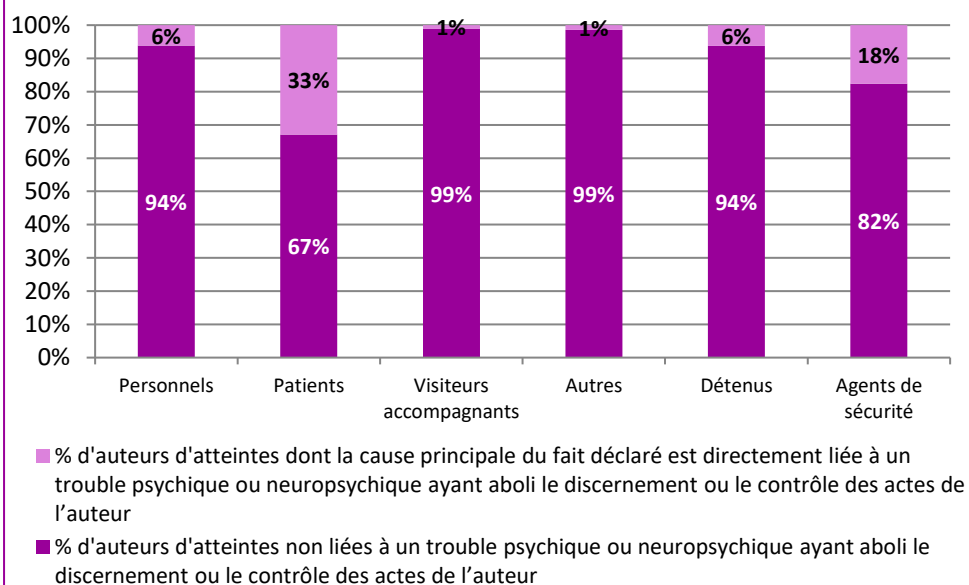
En pourcentage, le nombre de patients auteurs (hommes, femmes) est stable, en revanche il a fortement augmenté en nombre de signalements (15 496 en 2018).

Graphique 13.
Répartition
des auteurs d'atteintes
aux personnes
(pourcentage)



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

Graphique 14.
Répartition
des auteurs
par catégorie
en proportion
des atteintes
dues à un TPN



✓ **Quatre catégories d'auteurs.**

De l'analyse des signalements, on peut répartir les auteurs de violences en quatre catégories :

- la violence de personnes aux comportements délinquants, personnes marginales ou dans un état second (sous emprise manifeste d'alcool ou de stupéfiants), qui agissent le plus souvent dans ce rapport de violence et de force,
- la violence de « M. et Mme Tout-Le-Monde », celle de l'incivisme, qui semble le plus marquer les esprits en raison d'un contexte sociétal très individualiste et dont pâtissent tous les secteurs d'activité de la société rendant un service à la population, comme cela est indiqué en introduction de ce rapport (voir pp. 6-8, le contexte sociétal),
- la violence de personnes souffrant d'un trouble psychique ou neuro-psychique (TPN) altérant plus ou moins le discernement,
- la violence entre ou par des personnels de santé.

Cette classification permet ainsi de bien cerner les causes et motifs des violences, et dès lors, de mieux adapter la prévention et la lutte contre les violences. Il est rappelé que, quel que soit l'auteur, ces diverses violences produisent les mêmes conséquences, comme indiqué en introduction (voir pp. 5-6).

La présente section présente brièvement la première catégorie et un développement détaillé sur la quatrième catégorie. Dans II.3 Les motifs de violence et dans III. Divers focus, les violences des auteurs des premières, deuxièmes et troisièmes catégories seront évoquées plus en détail.

✓ **Concernant la première catégorie**, on constate que l'agressivité, les menaces et la violence physique, avec ou sans arme, semblent être parfois les seuls modes d'expression connus de patients ou d'accompagnants, surtout s'ils sont en groupe, soit afin d'obtenir satisfaction au plus vite, que la demande soit sensée ou non, soit pour régler des comptes (v. verbatim dans II. 3 Les motifs de violence, 6- Les règlements de compte). Ces comportements délinquants ou asociaux sont parfois imprévisibles, difficilement gérables surtout lorsque les auteurs sont sous l'emprise manifeste d'alcool et/ou de stupéfiants ou en état de crise ou de manque. Il arrive régulièrement, dès la prise de contact, que la situation s'envenime et dégénère rapidement, demandant alors au personnel soignant beaucoup de sérénité pour gérer la situation. L'intervention des agents de sécurité-sûreté sera souvent sollicitée et même la présence des forces de l'ordre (v. II. 4- La gestion des événements de violence). Les Urgences sont particulièrement touchées par ces comportements (v. III. Divers focus, Les services des urgences), mais également d'autres structures ou unités.

On retiendra les deux signalements ci-dessous, très révélateurs de ce type de comportements. D'autres formes d'expression existent, comme les règlements de compte entre bandes commencés ailleurs et qui se poursuivent à l'hôpital (voir II 3- Les motifs de violence).

• *« Nous recevons ce jour deux patientes suite à un AVP qui aurait eu lieu quelque minutes plus tôt. Ces deux personnes sont accompagnées par deux hommes, qui, une fois les deux patientes prises en charge, quittent l'établissement. Environ **une heure plus tard les jeunes hommes reviennent au SAU pour voir les patientes. L'agent de sécurité cynophile leur demande de patienter mais ceux-ci souhaitent entrer immédiatement. L'un d'eux insulte l'agent de sécurité violemment et les deux personnes pénètrent de force dans le service. S'en suivent plusieurs accrochages avec l'équipe soignante, infirmiers et aides-soignants confondus et je décide d'appeler une première fois les services de police qui m'indique envoyer un équipage. Quelques minutes plus tard je recontacte la police car personne n'est encore venu et la situation se complique tant par le comportement que par les violences verbales, mais aucun policier n'arrive. L'urgentiste arrive à calmer les accompagnants et examine la première patiente. En sortant du box (plâtre), les deux personnes pénètrent de nouveau dans le box.***

Le Dr décide d'examiner la seconde patiente. En entrant **dans le box**, je (IDE) constate une **forte odeur de cigarettes**. Je demande qui a fumé et un des deux accompagnants, **très ironique, me dit, "c'est ta sœur"**. Je comprends alors qu'il est à l'origine de l'odeur et lui **somme de quitter le SAU**. Il continue ses insultes mais **quitte tout de même le service**.

Le Dr demande au second accompagnant de **quitter le box** pour pouvoir examiner la seconde patiente. Celui-ci **refuse**. L'agent de sécurité incendie ainsi que l'agent de sécurité cynophile insistent mais celui-ci ne désire toujours pas partir. De ce fait, **l'agent de sécurité incendie utilise la force physique**. **L'accompagnant menace de mort l'agent et plonge sa main à l'intérieur de sa sacoche pour en sortir un couteau de 20 cm environ**. **Les deux agents foncent sur cette personne afin qu'il n'utilise pas son arme blanche et le font sortir par la force**. **De nouveau, j'appelle la police en leur indiquant qu'une personne armée d'un couteau s'en prend à nous, la personne au téléphone m'indique envoyer un équipage**.

Une fois les deux personnes sorties, je me précipite au central pour bloquer les portes extérieures. Malgré cela, **les deux personnes réussissent tout de même à pénétrer dans l'établissement pour nous arroser de lacrymogène**. **L'agent de sécurité cynophile décide alors de lâcher ses chiens**. **Les deux personnes partent en courant et les services de police arrivent quelques instants plus tard**. Ceux-ci contrôlent un véhicule devant la clinique et je reconnais la personne qui nous a menacés avec le couteau et la dénonce aux forces de l'ordre. **Appel police secours à 4 reprises**. **Dépôt de plainte par l'ensemble de l'équipe soignante**. » (Urgences)

- « Patient de dialyse qui arrive énervé à sa séance, refuse les surveillances tensionnelles et les soins. **S'en prend aux personnels sans raison, les insultes** (grosse m..., grosse pu...) et **les menace**, il est agressif verbalement (tu vas sucer toutes les b... [de tel département]). **Il met la musique très fort et gêne les autres patients**. Lorsqu'on lui demande de baisser "je vais te faire terminer ta carrière, tu verras, **il exige un bon transport, un taxi...** profère des insultes en [telle langue] (saleté, sexe, porno... tu vas voir). Intervention du médecin du service sans effet. À la fin de la séance, il refuse de partir et profère des menaces "tu vas voir, attention à ta vie. Continue de jouer avec ta vie, tu me crois pas ? **Propos racistes à l'égard de l'agent de sécurité qui a été appelé**. **Dans ce cas précis, le patient a fait l'objet d'un suivi spécifique en lien avec la direction et le commissariat suite aux différents faits relevés en 2019, notamment en dialyse**. **Plaintes**. **Convocation en justice**. » (Dialyse)

✓ Les violences entre et par des « Personnels » de santé.

Au sein de la catégorie des « Personnels », le taux de violences signalé reste stable et faible (3%). Il a légèrement augmenté en nombre de signalements. La répartition par profession et sexe est la suivante (le taux de féminisation est moins fort pour les médecins et les agents de sécurité).

• médecins.....	169 hommes	59 femmes
• IDE.....	46 hommes	127 femmes
• autres personnels soignants...	89 hommes	137 femmes
• personnels administratifs.....	35 hommes	34 femmes
• agents de sécurité.....	33 hommes	1 femme

Sont spécifiquement abordées dans cette section les violences **entre** « Personnels ». Celles **par** des « Personnels » qui sont signalées sont abordées dans le point II. 3 Les motifs de violence (1-4 reproches relatifs à une prise en charge – « maltraitance »). Toutefois, l'ONVS estime ne pas disposer de suffisamment de signalements pour en faire une analyse générale.

Ces violences entre personnels ne sont pas spécifiques au secteur « santé » et se retrouvent dans tout secteur d'activité, mais elles présentent un aspect particulier en raison de cette mission même de soins et du contexte spécifique d'accueil des patients et des accompagnants.

Elles ont lieu entre ou au sein de toutes les catégories professionnelles d'un même établissement, mais aussi entre personnels de l'établissement et des personnels extérieurs, et sur des étudiants et élèves en formation. Elles entrent pleinement dans la thématique de la qualité de la vie au travail,²³ d'où l'importance d'analyser au sein des établissements les fiches de signalements et particulièrement à travers les facteurs humains, organisationnels et institutionnels (v. ✓ Remarque 2, page 10).

Les motifs se rapportent à des incompatibilités de caractère ; à une volonté de domination, à des conflits de pouvoir et à des rivalités professionnelles – conflits et rivalités souvent exacerbés quand ils ont lieu au sein du corps médical ; à la compétence professionnelle (pratiques professionnelles, prise en charge de patients/résidents, méthodes de soins, diagnostics, procédures et protocoles, passages de consignes, direction d'équipe, etc.) quelle que soit la position hiérarchique des personnels ; à des mésententes et conflits sur des règles de fonctionnement et d'organisation administrative du service ; à la façon de se comporter dans l'établissement (non-respect des règles de fonctionnement, du règlement intérieur, incivisme).

Ces violences sont le plus souvent verbales, mais aussi psychologiques et plus rarement physiques. Elles s'expriment par des attitudes hostiles ; du mépris ; des critiques ponctuelles blessantes ou des critiques et des reproches incessants sur l'inaptitude professionnelle réelle ou supposée des pairs, confrères ou collaborateurs ; des dénigrement du travail effectué devant d'autres personnels de santé, et, ce qui est plus blessant, devant des patients/résidents, des accompagnants ou encore du public, avec parfois des éclats de colère ; des propos insultants, grossiers et dégradants ; du harcèlement ; des actes de malveillance et/ou de vengeance ; des menaces physiques pouvant aller jusqu'à des menaces de mort ; et même des violences physiques (bousculade, coups) toutefois rares.

Il arrive que la pression familiale ou du patient/résident (reproches relatifs à soin ou à une prestation autre que le soin) soit à l'origine d'un conflit entre des personnels (d'un même corps ou métier, supérieur hiérarchique - collaborateur).

✓ Remarque 7 UNE CAMPAGNE NATIONALE POUR PRÉVENIR LES CONFLITS « AIGUS »

En raison de ces violences entre personnels et de la dégradation des conditions de travail qu'elles engendrent, une campagne nationale d'information a été lancée en mars 2019 par la commission Santé du Médecin Anesthésiste-Réanimateur au Travail (SMART) du Collège Français des Anesthésistes-Réanimateurs (CFAR). Une quarantaine de partenaires y ont participé dont la DGOS, et en son sein, notamment, l'ONVS.

« Pour soigner, jouons collectif ! » #1PATIENT1ÉQUIPE

Il s'agit d'« [...] une campagne nationale de sensibilisation auprès de l'ensemble des professionnels de santé travaillant au sein des plateaux techniques (blocs opératoires, réanimations, urgences, plateaux interventionnels, services d'imagerie et salles de naissance) [lesquels] constituent un environnement complexe et fermé au sein duquel interviennent de nombreuses catégories professionnelles autour de la prise en charge d'un(e) patient(e). Dans cet environnement à forte pression les situations conflictuelles sont une réalité vécue par la majorité des soignants et impactant la qualité du travail.

Prévenir les conflits dits « aigus » au sein des équipes, tels que les incivilités, les violences verbales voire physiques, et proposer des outils pour aider à leur gestion et leur analyse.

[...] Cette campagne concerne tous les secteurs d'activité : public, privé et d'intérêt collectif. Elle s'adresse aux équipes pluri-professionnelles en incluant les jeunes en formation [...] Elle ne

²³ Voir les premiers travaux de l'Observatoire national de la qualité de vie au travail des professionnels de santé et du médico-social, mai 2020. <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-et-travail/observatoireQVT/article/restitutions-des-groupes-de-travail-de-l-observatoire>

s'arrête pas aux portes des plateaux techniques mais se prolonge dans les services de soin avec lesquels ils sont en relation. Elle s'adresse aux managers via la réflexion sur les organisations et les leviers qui pourront être mobilisés dans la recherche de mesures correctrices lors des analyses. »

Site de la SFAR (Société Française d'Anesthésie et de Réanimation) avec une documentation pratique : <https://sfar.org/1-patient-1-equipe/>

Dossier de presse : <https://sfar.org/wp-content/uploads/2020/06/dossier-presse-BD.pdf>

Lorsque les différents et conflits entre personnels sont « *enkystés* », pour reprendre le terme de la campagne nationale précitée, ils sont particulièrement difficiles à résoudre. Le rôle de la hiérarchie (entendue au sens large) est fondamental pour repérer les situations, surtout celles qui seraient larvées ou insidieuses, et envisager diverses résolutions d'un conflit. L'aspect disciplinaire est parfois évoqué dans les signalements. Des « appels au secours » sont aussi formulés quand l'agent alerte sur une situation qui se dégrade – et dure depuis un temps certain – situation qu'il ne peut plus supporter. Si l'agent ressent une absence de réaction de la hiérarchie ou constate une réponse qui ne correspond pas à ce qu'il pensait ou espérait, ce point sera également relaté. Quelques signalements abordent aussi des comportements qui ont entraîné une suite pénale.

Dans les violences verbales et le harcèlement entre pairs et collègues, on notera encore que les professionnels en conflit tenteront de rallier à leur cause les autres pairs ou collègues, avec le risque de créer deux clans opposés aux incidences néfastes sur les personnes et le fonctionnement du ou des services touchés. Ces situations sont particulièrement difficiles à apaiser et à résoudre, surtout au sein du corps médical aux forts enjeux de pouvoir.

■ **En ce qui concerne le corps médical.** Lorsque les conflits ont lieu entre des médecins (internes compris) et d'autres professions, les signalements évoquent généralement en termes pudiques ces situations par déférence envers la fonction, mais ces termes n'en expriment pas moins les remarques vexantes et humiliantes subies : « *hautain, manque de respect, ton méprisant, comportement irrespectueux, propos condescendants, propos déplacés* ».

- « *Altercation entre une femme médecin et une secrétaire. Propos diffamatoires et blessants.* » (Addictologie, CH)

- « [...] *Il faudrait respecter la procédure de demande d'intervention. Communiquer sans hurler et avec respect.* » (Bloc opératoire)

- « *Infirmière a dû réveiller l'interne de garde des urgences. Ne voyant qu'il ne répondait pas elle est allée frapper à la porte de la chambre. Quand il s'est enfin réveillé, a tenu des propos déplacés vis-à-vis de la soignante.* » (Urgences)

Pour un « appel au secours » sur une situation qui dure et crée un profond mal-être. Le signalement évoque également le comportement du médecin a des conséquences néfastes quant à la qualité de son travail envers les patients.

- « *L'attitude de travail du médecin de la PDS le Dr... "souffle, grogne", se montre agressif lorsque qu'un ARM lui transmet un appel téléphonique. Son attitude physique en salle est également contestable / pieds sur la table, fume la cigarette électronique en salle, et surtout quitte la salle sans en aviser les ARMs qui ont la plupart du temps des appels à lui transférer. L'ensemble du groupe des ARMs dénonce cette attitude déplorable qui dure depuis plusieurs mois. Sentiment de maltraitance des ARMs, difficultés à travailler dans des conditions sereines. Rappels de certains patients qui expriment un mécontentement quant à la qualité des conseils donnés. [...]* » (SAMU)

Des motifs d'ordre personnels ou professionnels, comme évoqués page 52, sont à l'origine d'altercations et de différents parfois devant des tiers (public, personnels non concernés par le sujet).

- « **Altercation entre une IDE et un médecin qui fait suite à un même incident [...] (a également fait l'objet d'un signalement sur la plateforme ONVS). L'IDE sollicite l'un des 2 médecins présents sur le circuit court pour une prise en charge sur le circuit long. L'un des 2 médecins indique à son confrère en parlant de l'IDE : fais là sortir, ne parle pas avec elle et dénigre son travail devant patients et pompiers.** » (Urgences)

- « **Altercation entre un radiologue et une secrétaire médicale à propos d'une réclamation d'une patiente pour un trop payé suite à un examen en libéral. Le médecin n'ayant pas supporté ce reproche, a aussitôt monté le ton de façon agressive.** » (Radiologie)

- « **Différent entre un médecin et une infirmière dans le service des Urgences. Le médecin fait des reproches agressifs à l'infirmière et remet en cause son travail devant les patients.** » (Urgences)

Dans d'autres signalements, les personnels n'hésitent pas à détailler la situation et leur ressenti.

- « **À l'issue d'une intervention complexe, où le chirurgien [de telle spécialité] avait déjà fait preuve d'impatience et d'exaspération face à son équipe, l'équipe compte les compresses en toute discrétion (sachant parfaitement que le chirurgien ne veut pas les compter malgré l'obligation médico-légale) et découvre qu'il en manque 2. Le chirurgien entend et part au quart de tour, disant "c'est de la co... pure, il faut arrêter d'être c..., c'est impossible de fermer une incision aussi petite avec une compresse dedans, il faut être débile pour ne pas comprendre ça !", et malgré nos justifications et notre volonté de ne pas le déranger tout en faisant notre travail, continue d'asséner des insultes et de rabaisser son équipe soignante. "Moi j'ai un QI de 130, je sais ce que je dis, ce qui me rend dingue c'est la co..., et ça c'est de la co..., c'est appliquer les choses bêtement sans se poser de questions ! Mais vous êtes pas capables de réfléchir ?!". Après près d'une heure de ce discours, la relève arrive pour remplacer l'équipe présente et est témoin de la scène. Se trouve outrée du discours du chirurgien, et l'anesthésiste intervient pour prendre la défense des IBODEs et IDEs [...] Je suis sortie de salle à ce moment précis, en pleurs. De frustration, de fatigue, d'épuisement, physique ET psychique, j'ai été reconfortée par l'équipe aide-soignante du soir, qui pourra attester de l'état de détresse dans lequel j'étais.** » (Bloc opératoire)

- « **Au bloc opératoire, une infirmière accueille une famille en vue de lui annoncer un décès. Au même moment un médecin anesthésiste lui donne l'ordre de faire entrer un enfant de 5 ans accompagné de ses parents. Elle lui dit qu'elle allait le faire mais qu'avant elle s'occupait de la famille du défunt. Le médecin ne l'a pas laissé terminer sa phrase et lui a dit en hurlant "un enfant de 5 ans est plus important qu'un mort, vous installez l'enfant, le mort passe après". Surprise elle lui répond calmement [...] "Chut, taisez-vous la famille n'est pas au courant". Il a alors hurlé en disant "qu'est-ce que tu dis là, on ne me manque pas de respect, d'où tu me parles comme ça ?" Elle s'est reculée pour partir et a senti un poids s'abattre sur elle car il la tenait par le col de sa blouse ce qui l'étranglait. Il l'a secouée, puis il l'a soulevée, l'a regardée droit dans les yeux et il l'a ensuite jetée sur les brancards où elle s'est effondrée au sol. Il allait revenir sur elle lorsqu'un brancardier s'est interposé. Elle était tétanisée. La scène s'est déroulée devant les familles du défunt et de l'enfant.** » (Chirurgie)

- « **Propos véhéments et incorrects, agressivité verbale envers soignants par le Dr X pour obtenir "immédiatement" des lits disponibles pour les patients des urgences au moyen de changements de chambre. [...] Je rapporte ces événements, étant présente dans le service au côté de l'équipe. L'agressivité verbale et l'exigence de l'immédiateté ainsi exprimées par ce médecin envers l'ide et le reste de l'équipe sont non seulement inacceptables, mais contre productives, [...], et sont, qui plus est, coutumières chez ce médecin (qui pour info s'est accroché avec véhémence aussi ce matin avec notre collègue gastroentérologue, et j'ai dû séparer les deux acteurs, la voix du Dr X montant fortement envers son collègue en présence de patients dans le déchochage). Il devra aussi être rappelé au Dr X le caractère**

inacceptable de l'incorrection, de l'agressivité, et de toute suspicion de "refus de travail" envers les professionnels des autres services partenaires. La fonction d'Urgentiste n'autorise pas de "toute-puissance" dans les relations professionnelles et humaines. » (Médecine)

Les médecins signalent aussi être victimes de violences verbales, voire physiques de la part de confrères ou d'autres personnels.

- *« **Différend entre deux chirurgiens** ayant entraîné une violente altercation en cours de staff. Intervention du psychologue de [telle unité] auprès de l'équipe après l'incident. Le psychologue ré interviendra à distance. » (Chirurgie)*

- *« Dans la salle de soins du service, la **neuropsychologue** ayant des observations à faire à propos d'une résidente, a demandé l'avis au **médecin gériatre**. Le médecin n'étant pas d'accord avec les observations, il a élevé le ton et a crié. La neuropsychologue s'est sentie agressée. » (USLD/EHPAD)*

- *« Échanges vifs avec bousculade entre un médecin des urgences et un radiologue. » (Radiologie)*

- *« Altercation entre le chirurgien et l'IADE. **Le chirurgien déclare que l'IADE lui a jeté le contenu de la poubelle que celui-ci venait de déposer au visage et projetant ainsi du liquide biologique contenu dans la poche de recueil du champ.** » (Bloc opératoire)*

- *« Je soussigné Dr X **anesthésiste** déclare : j'ai été **agressé verbalement et physiquement (pousser la porte contre moi à 2 reprises par l'IDE Y, agressivité en aucun cas justifiée pour une banalité)** à la suite, **elle nie le fait et elle manipule et met la zizanie au bloc opératoire. On a besoin d'être protégé contre le personnage destructeur, on a besoin d'harmonie et de respect dans ce bloc.** » (Bloc opératoire)*

■ **En ce qui concerne les personnels non médicaux.** Les motifs d'altercation sont variés.

- *« **Altercation entre une IBODE et l'IDE d'endoscopie ; en désaccord sur les pratiques du bloc devant patient.** » (Bloc opératoire)*

- *« Altercation entre deux personnels hospitaliers, suite à une **demande de brancardage en urgence**. Intervention de l'équipe médicale pour faire cesser le trouble dans le couloir du service, et calmer les esprits. » (Médecine)*

- *« **Alors qu'elle gare son véhicule transport de patient devant le bâtiment de soins, la soignante est insultée par un ambulancier privé, qui cherche à se garer aussi. Il profère des insultes. "Sal..., ferme ta g... et avance, tu sers à rien, avance et ferme-la, t'es rien du tout ici, t'es une sal..."**. Courrier adressé à la société d'ambulance par le Direction. » (Médecine)*

- *« **Alors que le personnel féminin se change dans le vestiaire de la blanchisserie, un conflit très houleux entre deux agents a éclaté.** Le groupe a essayé de calmer les deux agents, alors que le ton n'a pas cessé de monter. **Ce n'est pas la première fois qu'un événement si violent se produit, mais jamais avec autant d'ampleur.** » (Autres, Psychiatrie)*

- *« L'équipe soignante de [telle unité], composée d'une IDE et deux AS, était présente et a assisté à la scène, ainsi que le brancardier et un patient. Hier soir, à 20h50, un brancardier homme redescend un patient des étages de [tel service] suite à une annulation de transfert de [tel étage]. Lors de son entrée, le **brancardier était mécontent et exprime sa colère de manière "impolie" sur l'ensemble du personnel soignant (ide, as)**. C'est-à-dire que ce dernier avait des **propos injurieux et discriminatoires : "Tu n'es qu'une AS, retourne nettoyer tes brancards !" et "Toi, tu n'es qu'une fille de banlieue"**. Ces paroles n'avaient pas de cohérence face à la situation, je voulais simplement le raisonner. **Nous étions***

outrées de ces paroles venant d'un professionnel de santé qui les a exprimées sans aucune retenue devant le patient. Je suis choquée que j'ai pu subir de tels propos, je ne comprends pas comment entre collègues de travail nous pouvons arrivés à un monologue méprisant, car nous n'avons pas accès à la parole, nous étions à la limite de la misogynie ! Ensuite, l'attitude du brancardier était agressive et irrespectueuse c'est-à-dire qu'il était proche de mon visage, avait un regard noir et hurlait dans le couloir. J'ai eu peur, j'appréhendais qu'il lève la main sur moi ou qu'il me suive à la fin de mon service. Depuis hier soir, je ne suis pas sereine et je suis angoissée. J'ai prévenu la cadre de santé qui est présente ce week-end ainsi que le cadre de nuit. Je vous écris ce jour, car je ne souhaite pas que cela se reproduise, en toute impunité. » (Urgences)

On peut relever aussi des comportements proches du harcèlement moral par ceux qui s'en estiment victimes, générant une très forte dégradation des conditions de travail avec parfois une sensation d'isolement, surtout si l'agent fait face à plusieurs personnes. Il est alors atteint non seulement dans sa dignité mais aussi dans la perception qu'il a de sa valeur et de ses compétences professionnelles.

- « *À de nombreuses reprises, un noyau de PPH parle de façon agressive et dénigre le travail de la préparatrice en pharmacie, tout cela de manière insidieuse et de façon à ce que la hiérarchie ne puisse déceler les faits. Le mal être de l'agent est de plus en plus grandissant, ce qui crée des soucis de santé.* » (Pharmacie)

- « *Suite à ma reprise du travail après 5 semaines d'arrêt pour burn out [...] je regarde mes mails. Pendant cette période de CM [congé maladie], j'ai reçu sur ma boîte mail professionnelle une suite de mails provenant d'adresses personnelles de plusieurs professionnels du bloc opératoire. Le contenu de ces mails est pour moi des attaques personnelles à mon égard. Il s'agit à plusieurs moments de jugement sur ma personne et non sur ma fonction d'encadrement. Je n'ai pas encore pris de décision sur le fait de porter plainte contre ces agents [...] Je ne souhaite pas que ces mails restent sans suite, c'est pourquoi ma première démarche est celle de la FEI violence.* » (Bloc opératoire)

La situation peut parfois dégénérer à un tel point que les agents en viennent à des gestes menaçants, aux menaces et même aux mains. Les motifs ne sont pas toujours relatés. Ces altercations peuvent avoir lieu devant des tiers (public, personnels non concernés par le sujet) et des violences nécessitent parfois l'intervention de collègues.

- « *[...] deux ambulanciers [société extérieure à l'établissement] arrivent vers nous, l'un d'entre eux nous demande un verre d'eau pour le patient qui se plaint d'avoir soif. [...] [refus de l'infirmière] L'ambulancier répond sèchement qu'il en prend la responsabilité, [...] Je lui réponds que ce n'est pas une façon de répondre et que nous ne pouvons pas faire autrement. À ce moment, l'ambulancier s'approche avec une posture menaçante, proche de moi, tenant des propos irrespectueux et cherchant le conflit. Mon collègue, M. X, intervient afin d'inciter l'ambulancier à prendre ses distances, la cadre du service m'amenant en sécurité, l'ambulancier en viendra à s'en aller, non sans rester irrespectueux envers l'équipe.* » (Neurologie, CH)

- « *Altercation entre 2 agents pour divergence d'opinion et accusations de maltraitance. Cris, insultes et menaces devant les collègues et résidents de la structure.* » (USLD/EHPAD)

- « *En arrivant au vestiaire, une aide-soignante agresse physiquement une infirmière, en lui tirant les cheveux, lui secouant violemment la tête et la griffant devant témoins.* » (Vestiaires, CH)

- « *Une manip'radio demande à sa collègue d'échanger un soir. Celle-ci étant en plein traitement, elle lui répond qu'elle ne sait pas. La manip' revient à la charge. Réponse négative qui donne lieu à une altercation puis un geste inapproprié : la manip prend un tabouret, le jette sur sa collègue, alors qu'elle traite un patient, en hurlant "j'en ai marre de ce service de m... et de ces collègues de m...". Puis jette successivement en visant ses collègues une douchette de numérisation, un appareil photo.* » (Radiothérapie)

- « **Pour un motif futile (utilisation restreinte des ascenseurs professionnels), une altercation physique a lieu entre deux agents techniques appartenant à des services différents. Alors qu'ils en sont venus aux mains, l'un d'eux sort un cutter et menace verbalement l'autre personne. Ils sont séparés par des témoins avant l'intervention de la sécurité** » (Autres, CH)

- « **Dispute suivie d'une altercation entre une ASH et une aide-soignante du même service [...]** Le litige aurait débuté, selon les dires des agents, par les menaces faites par l'ASH de ne pas faire la vaisselle étant donné le retard dans le débarrassage et reprochant à sa collègue, aide-soignante, "de ne pas être compétente dans son travail". [...] Elle aurait rajouté que "la famille du patient de telle chambre s'est plainte de l'absence des soins de nursing ". Après des échanges houleux et des paroles violentes de la part des deux agents, le premier coup a été porté par l'aide-soignante, toujours selon les dires des agents présents. Une bagarre a eu lieu entre les deux agents, séparés par l'IDE de tel service, situé en face. [...] » (USLD/EHPAD)

- « **Grosse altercation entre 2 agents aides-soignantes devant témoins. Les propos très orduriers, à caractères sexuels d'ordre personnel, étaient hors normes, allant jusqu'à une menace de tuer. [...]** proposition de prise en charge par le psychologue du travail. » (USLD/EHPAD)

- « **Altercation entre deux secrétaires travaillant ensemble. Insultes mutuelles, et l'une menace de s'en prendre aux enfants de l'agent.** » (Pédiatrie, néonatalogie)

- « **Deux hôtelières ont une altercation au cours de laquelle des coups sont échangés de part et d'autres.** » (Autres, CH)

- « **Dispute à cause d'un ascenseur entre un interne et une manipulatrice radio et la manipulatrice radio a giflé l'interne.** » (Autres, CH)

Dans ces diverses situations qui suivent, on notera l'intervention de la hiérarchie pour régler le conflit ou ramener le calme en cas de situation violente physiquement.

- « **Différend entre une aide-soignante et une infirmière, laquelle se fait insulter et menacer. Il faudra l'intervention de la cadre de nuit pour ramener le calme.** » (Réanimation, CH)

- « **Différend entre un personnel hospitalier et agent de sécurité suite incident verbal entre ce personnel et accompagnant d'un patient. Altercation verbale entre ses deux parties, consécutive à une incompréhension de leur part. Intervention cadre de santé et responsable sécurité pour explications et mise au point.** » (Urgences)

- « **Un personnel hospitalier agresse verbalement une collègue, suite à une remarque de celle-ci. La situation s'envenime, les insultes fusent de la part du soignant [...]** La dispute continue dans le couloir à la vue des patients. Intervention de l'encadrement. »

- « **Altercation entre un cadre de santé et un médecin chirurgien-dentiste, le ton est monté tout au long de l'entrevue entre les 2 personnes jusqu'à ce que le médecin s'interpose devant la porte du bureau pour la bloquer, le CdS [cadre de santé] est parti par une autre issue.** » (UCSA, CH)

- « **Agression verbale d'un médecin envers plusieurs personnels soignants caractérisée par des remarques répétées assimilées plus à une forme de harcèlement moral. L'affaire est en cours de traitement par la DRH et la direction des soins.** » (Unité de soins, CH)

Le rôle du médecin du travail ou de la hiérarchie, en la personne du chef de service, est important pour apaiser ou résoudre les conflits.

- « *Signalement fait par le cadre supérieur de santé du bloc opératoire par rapport aux difficultés rencontrées par les équipes d'AS face à des propos sexistes et des agressions verbales inacceptables, d'un comportement agressif, de la part d'un IDE faisant fonction IBODE. Fait récidivant de cet IDE : le médecin du travail en parle à la DRH qui doit le convoquer.* » (Chirurgie)

- « **Manquement grave au code de déontologie de l'infirmière** : "Art. R. 4312-25. Les infirmiers doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité. "Ils se doivent assistance dans l'adversité. "Il est interdit à un infirmier, quel que soit le moyen ou le support de communication utilisé, d'en calomnier un autre, de médire de lui ou de se faire l'écho de propos capables de lui nuire dans l'exercice de sa profession. "Un infirmier en conflit avec un confrère doit rechercher la conciliation, au besoin par l'intermédiaire du conseil départemental de l'ordre. Impliquant deux IDE de l'USLD EHPAD avec sentiment de harcèlement moral subi par une des 2. Ceci a occasionné [à telle date] une altercation vive avec risque de passage à l'acte physique. Étant garant de la qualité des soins en USLD EHPAD, je suis pleinement satisfait des compétences de Mme Y, à aucun moment dans sa pratique elle n'a mis en danger la vie d'un patient, ni occasionné de perte de chance dû à une négligence ou à un retard de prise en charge. **Tentative par le Chef de service de raisonner les protagonistes mais chacune reste sur ses positions avec le sentiments intime d'avoir raison.** » (Bloc opératoire)

Ce peut-être aussi du harcèlement sexuel ou des propos à connotation sexuelle, générant « *la perte et la dégradation de l'estime de soi* », mais l'ONVS relève très peu de signalements en la matière.

- « *Harcèlement sexuel, propos ou comportements à connotation sexuelle imposés de façon répétée par un agent hospitalier à l'endroit d'un agent hospitalier. Dépôt de Plainte.* » (Autres, CH)

De quelques malveillances et vengeances avec les soupçons que cela peut engendrer.

- « *Le bureau d'une secrétaire a été recouvert de produit "Aniosgel" ce qui a endommagé l'imprimante, l'ordinateur et le scanner. Aucune trace d'effraction. Il existe des querelles internes entre personnels dans ce service, ce qui pourrait expliquer cette situation.* » (Bureau du personnel, CH)

- « *Un agent s'est fait dérober ses effets personnels (chaussures) dans son vestiaire non verrouillé, il soupçonne un autre agent avec qui il a eu un différend la veille.* » (Vestiaires, CH)

Ces violences font l'objet de sanctions disciplinaires, de mains courantes et dépôts de plainte.

- « *Déclaration par un salarié de propos sexistes et dégradants de façon répétée envers un autre salarié. Intimidation. Perte et dégradation de l'estime de soins. Procédure de sanction disciplinaire engagée pour l'auteur des faits.* » (Bloc opératoire)

- « *Conflit entre deux agents. L'une d'elles a recevait des textos de la part de l'autre la dénigrant. Elle est alors allée la voir sur son lieu de travail. Le ton est monté et l'agent auteur des textos l'a insultée (la traitant de "sale bougnoule"). Plainte.* » (Urgences)

■ En ce qui concerne les violences dont sont victimes les étudiants (internes et autres étudiants).

L'ONVS déplore des signalements rarissimes alors que la presse évoque parfois des maltraitances à leur égard. Lorsqu'ils existent, ces signalements sont rarement rapportés directement par les étudiants mais par une tierce personne. Les médecins du travail et les infirmiers de santé au travail pourraient le faire, l'ONVS rappelant que ces signalements, tant en ce qui regarde les personnes que les établissements, sont anonymes.

- « *Insultes "incompétent", "tu sers à rien". Menaces : "si je fais ton travail avant toi ça va chauffer pour toi" Liste non exhaustive. [...] Le Dr X m'a donc insulté, menacé et parlé sur un ton qui est inacceptable selon moi. [...] Ce n'est pas le premier incident de la sorte qui se produit ce semestre entre ce médecin et un interne des urgences et un tel comportement est selon moi inacceptable entre confrères. Avant de signaler cet évènement par voie informatique, j'en ai informé la chef de service des urgences.* » (Urgences)

II.3 Les motifs de violence

L'information sur les motifs des violences et incivilités énumérés dans le tableau 13 a été renseignée dans 52,5% des cas. Cette diversité de motifs permet de bien révéler les types de violence et, pour les établissements, de les aider dans les mesures à mettre en place en matière de meilleure prise en charge et du parcours du patient/résident et de la sécurité. Ont été ajoutés 3 motifs : refus de soins, atteinte au principe de laïcité, et l'automutilation, permettant ainsi d'affiner ces motifs.

Tableau 13. Les motifs de violence Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement

Motifs	Nb	%
Reproche relatif à une prise en charge	5 314	45,3%
Refus de soins	2 367	20,2%
Temps d'attente jugé excessif	1 289	11%
Alcoolisation	1 142	9,7%
Règlement de compte	589	5%
Drogue	333	2,8%
Refus de prescription	258	2,2%
Diagnostic non accepté	174	1,5%
Suicide	127	1,1%
Atteinte au principe de laïcité	78	0,7%
Automutilation	60	0,5%
	11 731	100%

Les verbatim qui suivent répertorient bien des types de violences et d'incivilités dans les catégories évoquées dans le tableau, quel que soit le type de structure ou d'unité. Certains signalements peuvent comporter plusieurs motifs. Ce n'est donc pas qu'en fonction du grand nombre de signalements pour un motif que les verbatim sont retranscrits, mais aussi en fonction de l'intérêt qu'ils peuvent présenter pour l'analyse des violences.

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

Il faut retenir un 12^e motif désigné sous le terme « Autres », qui représente 10 621 cas (47,5%) et qui comporte des situations très diverses mais non précisées ou de façon trop succinctes, ne permettant pas d'identifier valablement un quelconque motif.

1- Reproche relatif à une prise en charge

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

1-1 Un état second (alcool, drogue, médicaments) 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. Cela est différent d'une personne qui, trop alcoolisée et/ou sous l'emprise de stupéfiants commet des violences pour d'autres motifs. Le personnel de santé rencontre de grandes difficultés pour discuter dans des conditions sereines et se faire comprendre par rapport au reproche de la prise en charge. La demande de renforts de personnels de soins, de ceux de la sûreté-sécurité ou encore des forces de l'ordre est fréquente. Soigner les patients alcoolisés et drogués est aussi très compliqué, ceux-ci arrivant à quitter les lieux avant que les soins soient terminés. Certains de ces soins sont d'ailleurs importants (plaie saignant abondamment, patient se déperfusant, etc.).

- « *Patiente transférée par les pompiers aux urgences pour alcoolisation et consommation de stupéfiants. Elle refuse sa prise en charge et hausse le ton en insultant et menaçant le personnel.* » (Urgences)

- « *Le Patient était hospitalisé à la chambre 7 à l'UHCD pour alcoolisation aiguë. À 1h du matin, il est retrouvé en réanimation avec son fauteuil roulant. Il souhaite absolument récupérer ses affaires et partir du service. Je lui explique donc qu'il ne peut pas sortir car il est alcoolisé et que ses affaires lui seront rendues à sa sortie. Celui-ci s'énerve et me menace de me "casser la g..." et que je ne passerai pas dans le couloir. Il me fonce alors dessus avec son charriot et donne des coups de poing et me*

griffe au sang sur l'avant-bras et les mains. Il maintient ses propos par la suite et réitère ses menaces devant tous les témoins. » (UHCD/HTCD)

- « **Patient SDF, toxicomane et alcoolique voulant se déperfusionner, veut partir, s'énerve, sort un couteau et menace l'infirmière.** » (Médecine)

- « **Vers 18 h une patiente m'informe un peu affolée que M. X est de retour au coin fumeur avec des cannettes de bières et du cannabis, fortement alcoolisé, il remonte dans le service en me demandant sa méthadone, je lui explique que sa mère et sa petite amie arrivent et que je la lui donnerai à ce moment-là. [...] Il rentre dans les chambres pour s'excuser mais les patients ont peur. Après de nombreuses demandes de l'équipe il finit tout de même par redescendre, en criant faisant des signes nazis. [...] M. hurle des propos agressifs "veut nous casser la g... une par une", "va nous attendre à la sortie du travail", etc., consomme, s'exhibe. Il exhibe son sexe sous les fenêtres. [...]** » (Addictologie)

- « **L'IDE déclare "Patient admis à 2h pour AVP. Une voiture aurait renversé le patient, qui lui, était piéton ou à vélo ? (Peu précis dans son récit, étant alcoolisé et sous l'emprise de cannabis). Se présente avec une amie. Patient agité à son arrivée, voudrait passer plus vite car est inquiet pour sa plaie de lèvre. Ses amis arrivent un peu après vers 2h30, la situation se dégrade en salle d'attente puisque les amis en question sont dans le même état ; viennent nous solliciter pour prendre en charge plus vite leur ami, sont menaçants, agressifs, nous insultent. Chaque soignant de l'accueil se fait insulter (infirmière, aide-soignante : pu..., sal..., catin, raciste.) Le patient suppose que nous le faisons attendre parce qu'il n'est pas d'origine française... Se plaint de discrimination. S'en suivent des menaces multiples envers l'équipe, intimidations, menace de mort, cris..., refus d'obtempérer malgré la venue des agents de sécurité de l'hôpital. Puis appel de la police vers 3h. Les autres patients étaient tous assez inquiets pour leur sécurité en entendant les cris, les injures...".** Plainte déposée. » (Urgences)

1-2 Une impatience/incompréhension du patient et/ou de l'accompagnant du fonctionnement du service ou encore des droits et devoirs des patients et accompagnants. Un manque de civisme, être sans gêne, croire que tout est dû.

Ce point contient de nombreux exemples variés en raison du nombre conséquents de signalements à cet égard, marques de cet incivisme qui dégrade fortement les conditions de travail. Le non-respect des conditions de séjour et de visites est souvent pointé du doigt.

Le fait de ne pas fumer du tabac, et pas que cette plante... À ce sujet, voir le point 8 sur la drogue.

- « **Altercation avec un patient très mécontent de ne pas pouvoir fumer dans sa chambre. Il souhaite un fauteuil roulant bien qu'il possède des béquilles et qu'aucun fauteuil ne soit disponible. Il menace donc de continuer à fumer dans la chambre. Hausse du ton, tutoiement, insultes + et menace de frapper l'IDE s'il la croise : "va te faire en..."**... Deux autres légères altercations dans l'après-midi. » (Chirurgie)

Pour des signalements concernant le non-respect des horaires de visites, du nombre limité de personnes dans les chambres et de bien d'autres comportements portant atteinte aux conditions de séjour et aux règles de civisme élémentaire.

- « **En médecine oncologique, une famille ne respecte aucune règle de civisme depuis 3 semaines : agressivité verbale, non-respect des heures de visites, installation en nombre dans le hall du bâtiment, mobilier (tables) sorti à l'extérieur pour les installer sous les arbres, patient invitant ses 3 enfants et son frère à venir regarder les matches de foot, portes bloquées, etc.** » (Médecine)

- « **Il a été constaté à 00h30 par un chirurgien du service la présence de 4 personnes dans la chambre du patient (mère plus 4 amis). En accord avec l'officier de permanence, il leur a été redemandé de respecter le nombre de 2 personnes maximum. L'équipe de sécurité a été contactée. Enfin, d'après**

l'équipe soignante, une des personnes restées avait une arme. Face à leur refus, l'officier de permanence a été contacté ainsi que la sécurité de l'hôpital. L'agent de sécurité semblait connaître les personnes présentes et n'a pas fait respecter le règlement, au contraire il allait dans leur sens en les incitant à rester sur place. Par ailleurs, ces personnes allaient et venaient dans le service et l'hôpital. Devant la tension croissante et le sentiment d'insécurité vécu par l'équipe soignante, il a été autorisé à 2 personnes de rester sur place. Désorganisation des soins car multiples passages dans la chambre pour faire respecter l'ordre. Sentiment d'insécurité de l'ensemble de l'équipe soignante, des patients alentours. Bruit en pleine nuit. Passages multiples de l'équipe soignante. Intervention de l'OP. Obligation de déroger au règlement en accordant la présence de 2 personnes dans la chambre après 1h du matin pour maintenir un semblant de paix sociale. Appel de la cadre du service. CR au gestionnaire le lendemain par l'OP et la cadre du service, au chef de service par suppléance. Sentiment d'insécurité de l'ensemble de l'équipe soignante, des patients alentours. Bruit en pleine nuit. » (Chirurgie)

- *« Le compagnon (a priori) d'une patiente (mineure) est présent dans la chambre de celle-ci à 22h30. Ils mangent tous les 2 un kebab. L'IDE de nuit rappelle au monsieur que les heures de visite se terminent à 20h. Il se lève et indique qu' "il n'en a rien à f... des autorisations de cet hôpital de m... avec ses soignants de m... qui donnent de la bouffe de m... et qu'il n'a pas le choix que de lui amener à manger". L'IDE lui demande de se calmer, qu'il y a une voisine de chambre et qu'il doit respecter certaines règles. Il se met à crier, à demander si elles veulent un pourboire. Une fois sorti de la chambre, avec l'aide d'un collègue, il demande à l'IDE de ne pas lui parler comme ça devant sa copine, qu'ils sont des bons à rien payés avec ses impôts... En partant, il les a de nouveau injuriés. Il a fini par quitter le service en criant dans le couloir central. [...] » (Gynécologie, obstétrique, maternité)*

- *« Enfant de 18 mois amené par les parents dans le service de néonatalogie. Enfant porteur d'un germe, hospitalisé depuis une semaine. Les parents ont un comportement inadmissible, insultant le personnel, ne respectant aucune consigne, filmant le personnel, et proférant des menaces de mort. L'équipe médicale est stressée. Une cellule psychologique a été mise en place pour le personnel. La direction se réserve le droit de déposer une plainte si de tels faits se renouvellent étant donné que l'enfant est hospitalisé encore 7 jours. Le directeur souhaite faire un signalement au Procureur. » (Pédiatrie, néonatalogie)*

- *« Patiente hospitalisée en soins palliatifs. Sa famille est très présente et se déplace en très grand nombre. Un rappel a été fait sur le nombre de personne autorisé dans la chambre à de nombreuses reprises à la fois par les paramédicaux et par les médecins. Ce jour, présence de plus de 10 personnes dans la chambre et plus d'une quinzaine dans le salon des familles. La famille exprime son mécontentement par de l'agressivité verbale. Les soins sont perturbés car la famille tarde à sortir lors de la réalisation des soins, ils entrent dans la chambre en cours de soins. Les autres familles de patients ne peuvent profiter du salon et expriment une angoisse concernant le nombre de personnes présent dans les couloirs et sur le palier. L'équipe soignante a mis en place une pancarte pour limiter les visites, panneau retiré par la famille. » (Médecine)*

- *« Violence verbale et menaces verbales envers le personnel soignant (différents membres) et envers le médecin de garde suite aux refus de se plier aux règles du service expliquées à différents intervenants auprès de l'enfant et à différents moments. Enfant de 10 ans hospitalisé dont les parents ne souhaitent pas qu'on lui retire son portable [...]. A donc de lui-même débranché la perfusion de son enfant sans conditions d'asepsie assurée, me dit "sortir de prison et porter un bracelet électronique" et qu'ici "c'est pire que la prison et que nous sommes incompetents et fainéants". Recadrage ++ sur les règles du service et sur la prise en charge adaptée de son enfant qui a pu bénéficier des soins et d'examen complémentaires adaptés avec plusieurs médecins vus depuis son arrivée. Arrivée dans la soirée de la grand-mère et de la mère de l'enfant, discours idem avec impossibilité d'accepter les règles du service que ce soit vis à vis du téléphone portable ou de la*

gestion des demandes parentales. Tentative de recadrage de la mère en entretien individuel par rapport aux comportements dans le service. Pas de discussion possible, personne non accessible au raisonnement de problématique de gestion de groupe au sein d'un service. Retourne dans la chambre et mère débranche à nouveau la perfusion de sa fille alors même qu'on l'avait prévenu qu'elle n'avait pas à y toucher et que l'équipe paramédicale arrive. Sortie disciplinaire faite. » (Gynécologie, obstétrique, maternité)

- « Le père d'une patiente mineure part avec celle-ci sans prévenir les soignants (patiente en pavillon strict). Est appelé au téléphone, revient sur le pavillon et demande de façon virulente à justifier le fait qu'il ne puisse sortir en voiture avec sa fille. Échange sur la prise en charge, le papa hausse le ton. » (Psychiatrie)

- « **Fille et petite-fille d'une patiente de diabétologie ont mangé le petit déjeuner proposé aux patients. Après explication du personnel soignant elles ont été agressives et ont injurié le personnel dans leur langue.** » (Unité de soins)

- « **Une patiente se présente au dispensaire dans la matinée pour une consultation médicale. À son arrivée, elle se dirige vers l'agent de sécurité et demande un ticket.** [...] L'agent de sécurité est parti se renseigner et à son retour lui tend le ticket n°43. Il lui demande de patienter, elle sera vue par médecin. Elle répond qu'elle n'en veut pas, on doit juste prendre son carnet et transmettre au médecin. [...] Elle se met dans une colère noire [...] L'agent de sécurité intervient en lui disant de se calmer et de prendre place dans la salle d'attente. [...] **Étant dans tous ces états, elle profite d'un moment d'inattention de la part de l'agent de sécurité, se retourne, lui colle deux "Gifles". Elle nous traite de tous les noms.** [...] **Pendant qu'on mettait en sécurité les autres patients, elle assenait des coups à un autre patient qui tentait de lui faire entendre raison.** [...] Pendant ce temps, l'agent de sécurité a essayé de contacter la POLICE mais en vain. Voyant la tournure que prenait les événements, un patient a relancé l'appel avec son téléphone. Ces derniers sont arrivés 10 min plus tard. **Avant d'embarquer dans la voiture de la police, la patiente a agressé un des fonctionnaires de police.** » (Pédiatrie, néonatalogie)

- « **Une patiente venant des urgences gynéco se présente au guichet d'accueil pour nous demander dans un premier temps d'appeler un hôpital. Elle est agressive, hystérique, incohérente, a des propos injurieux envers nous, les urgences et critique la prise en charge, le diagnostic...** Il lui est demandé de préciser où appeler après un long échange pour comprendre sa demande. La patiente souhaite avoir au téléphone un proche hospitalisé. Ses propos sont confus rendent l'échange complexe. Quelque temps plus tard, **un ami arrive à l'accueil avec le téléphone portable (son d'une musique à fond). Leur comportement sur un espace public est inadapté et sans limite (baisers fougueux...)** les enfants présents en consultation ont eu peur, le personnel s'interrogeait sur la tournure des événements puis, le couple demande d'appeler un taxi. L'agent de sécurité présent a été insulté mais n'a pas réagi à la provocation. **La patiente a jeté à terre le panneau d'affichage, a continué à crier, est sortie et entrée à plusieurs reprises puis le couple a fini par quitter les lieux sans taxi. Les insultes sont : "je vais t'en... le gros black" parlant à l'agent de sécurité. "Pourquoi elle me fixe cette pu...", "hôpital de m..."** » (Accueil, standard)

- « **Patiente et son conjoint arrivent ce jour en consultation sans urgence. Parents souhaitent que le personnel de la maternité garde leur enfant de 15 mois afin que le papa assiste à l'accouchement.** Nous lui expliquons (auxiliaires et moi-même) que cela ne se fait pas, qu'il faut qu'ils s'organisent. [...] La patiente reste muette pendant que le **mari devient de plus en plus agressif envers nous.** Notre cadre étant en entretien d'évaluation, la rencontre tarde, le mari **vient nous agresser jusqu'à notre bureau.** » (Gynécologie, obstétrique, maternité)

- « **Le patient amène systématiquement un kebab et un soda qu'il mange en séance. Ce jour il mange puis s'endort ensuite. J'ai jeté par erreur son soda pensant qu'il n'en voulait plus lorsqu'il**

dormait. À son réveil (mi-séance), celui-ci m'interpelle et m'insulte à de nombreuses reprises de "pu..." et crache au sol. À partir de ce moment-là il m'est très difficile de le prendre en charge : il réitère son comportement dès que je m'approche de lui. Il finit malgré tout la séance et je le débranche à l'heure prévu sans encombre. Refuse une prise de tension de la mi-séance jusqu'à la fin. Refuse de prendre son traitement. Les patients autour de lui sont dans l'incompréhension. Certains le verbalisent, d'autres non. L'étudiante avec moi est choquée. Le patient m'a aussi montré le poing. » (Dialyse)

Des signalements parlent de violences verbales et même de menaces contre des soignants à la suite de remarques de ces derniers aux parents qui ne tiennent pas leurs enfants pour assurer un minimum de calme dans l'établissement. Les parents prennent fait et cause pour leur progéniture.

- « Une **sage-femme demande à plusieurs reprises à un papa de calmer ses enfants qui patientent en salle d'attente. Les enfants sont très bruyants et empêchent de réaliser calmement les consultations et échographies. Le père des enfants s'est montré menaçant et agressif** lorsque celle-ci lui a demandé de calmer ses enfants. » (Gynécologie, obstétrique, maternité)

1-3 Un patient ou des parents qui ne respectent pas la prescription médicale et les soins à suivre

- « Lors de son tour de ronde de 4h, **l'IDE a constaté que la traction de l'enfant hospitalisé était retirée. Elle demande à la maman qui était réveillée pourquoi la traction n'était pas en place. Celle-ci a répondu que c'est elle qui l'avait enlevée, l'IDE a voulu remettre la traction en place en lui expliquant qu'il s'agit d'une prescription médicale et qu'il faut l'accord du médecin pour la retirer. La maman refuse. L'IDE a donc fait appel à son collègue aide-soignant pour qu'il essaye de réexpliquer à la maman le soin. Celle-ci a réitéré son objection en retirant les tractions mises par mon collègue. [...] la maman les a enfermés dans la chambre [...] la Cadre a appelé la Sécurité. Plainte.** » (Chirurgie)

- « À 14 heure, **l'équipe soignante, sur prescription médicale, doit faire sortir quotidiennement un patient en permission à la journée jusqu'à 18h. Ce patient n'a pas voulu sortir du service prétextant vouloir rendre service à une autre patiente qu'il connaît depuis quelques heures pour une problématique financière. Après quelques minutes de négociation, le patient s'est emporté, est devenu menaçant et violent envers les trois infirmiers** devant la porte de sortie du service ce qui nous (les soignants) a obligé à immobiliser le patient au sol afin de préserver notre intégrité physique. [...] » (Psychiatrie)

- « « **Patient hospitalisé (né en 1938) pour polysomnographie qui cherche dans la nuit à quitter la clinique pour rentrer chez lui, négociation infructueuse. Il est devenu violent, a frappé 3 personnes (2 infirmières et une aide-soignante). 1 AS mordue, bousculée frappée au sternum, cheveux tirés, toujours en arrêt de travail depuis cette date. 1 IDE bousculée, coup de pied dans le ventre ayant provoqué une chute au sol + un choc avec l'adaptable dans le dos. 1 IDE bousculée, coup de pied dans le ventre et le genou, en arrêt de travail pendant 10 jours après cette date. Pas de dépôt de plainte.** » (Médecine)

1-4 Un défaut de prise en charge reproché aux soignants. Une incompréhension ou un refus du résultat de la (non) prise en charge (proche parfois du motif de refus de prescription).

- « Une jeune fille [...] est venue en consultation ce jour accompagnée par son compagnon (mineur). À son arrivée, la jeune fille présentait un état d'agressivité modérée. **Étant dans l'impossibilité de répondre positivement à sa demande compte tenu de la législation concernant les IVG, la patiente a téléphoné à sa mère, et a mis le haut-parleur. Mme Z, la mère, était très agressive envers moi, remettant en cause les prises en charge effectuées au centre de planification, menaçant de déposer plainte** car "vous êtes islamophobe. Madame Y a influencé ma fille", d'envoyer un courrier en recommandé à je ne sais plus qui, de prendre un avocat spécialiste des droits des enfants" qu'elle allait "le faire savoir sur la place publique..." Très rapidement, cette personne est arrivée au CPEF

accompagnée de son conjoint et tenait des propos très agressifs et menaçants. Ceci au milieu du couloir devant les autres patientes. Elle a appelé le directeur du lieu de vie de sa fille, lequel est arrivé 15 à 20 minutes plus tard et a réussi à calmer Mme Z et sa fille et leur a fait quitter les lieux. Un prochain rendez-vous a été fixé. » (Gynécologie, obstétrique, maternité)

- « **Aide-soignante de chirurgie agressée et menacée par une famille. Lors du retour du bloc du patient, la famille demande à l'ASQ de mettre une protection au patient. Le patient étant continent, l'ASQ explique qu'il est préférable de ne pas mettre de couche et met à disposition un pistolet. La famille du patient est mécontente, d'autant que le personnel explique également que la famille ne peut rester dormir, le patient étant en chambre double. Une des filles du patient a suivi l'ASQ lorsqu'elle est partie se changer, lui a ordonné "tu effaces ton sourire là", "casse-toi de là". À la sortie de l'ASQ du vestiaire, la fille du patient a poussé l'ASQ dans le local ASH, l'a attrapé par le col, lui a dit "tu vas dégager à coups de poing dans la g...", a poussé l'ASQ. La 2^e sœur est arrivée, la 1^{ère} a dit : "T'inquiète pas, je l'ai pas frappée mais j'étais à 2 doigts". Police avertie. » (Chirurgie)**

- « [...] **Vers 05h15, un patient s'est présenté aux urgences, déclarant son intention de régler ses comptes avec les personnels de réanimation, suite à une hospitalisation au cours de laquelle il aurait eu un toucher rectal. Le personnel des urgences a appelé la police, mais l'individu est parti avant l'arrivée de la police. Le même individu est revenu vers 05h45, proférant de nouveau des menaces cette fois à l'encontre de tout le personnel, et disant avoir des armes dans sa voiture et chez lui. Il a déclaré qu'il attraperait la carotide du médecin qui l'examinerait. Il est ressorti des urgences et s'est installé dans sa voiture à proximité. Le personnel a fermé les accès aux urgences, a alerté la police, et la cadre de nuit m'a alerté. La police est arrivée vers 05h55, appréhendant l'individu. Ce dernier étant redevenu plus calme, la police a demandé à ce qu'il soit vu par un médecin. » (Urgences)**

Concernant un mari qui reproche à l'équipe soignante de ne pas effectuer une euthanasie sur sa femme.

- « **Époux d'une patiente venu se plaindre de la prise en charge médicale psychologique (anxiété + décompensation psychiatrique ?) de son épouse en soins palliatifs auprès de moi et de mon binôme aide-soignant. Époux menaçant, à type de chantage, d'intervenir lui-même ce soir pour apaiser son épouse si rien ne change cette après-midi. Exprime être conscient du risque d'emprisonnement si passage à l'acte, et dit avoir pris ses dispositions pour s'absenter de son domicile si emprisonnement. Ne souhaite pas "l'euthanasier" mais "l'apaiser". Explique : "j'ai travaillé en psychiatrie, j'ai déjà accueilli des fauves que j'ai transformés en moutons". Mais si rien ne change, dit qu'il a toujours "la possibilité de l'oreiller". Agression verbale auprès de l'IDE et de l'AS, puis explique que ce n'est pas contre nos personnes mais parle d'une généralité. Traitement immédiat : - écoute active de l'IDE et l'AS, - médecin référente du service prévenue, - cadre du service prévenue, - équipe mobile des soins palliatifs prévenue : Dr et la psychologue ont rencontré l'époux de la patiente. » (Médecine)**

■ **Le mot « maltraitance ».** Il revient de temps à autres dans les signalements pour reprocher une mauvaise prise en charge (administrative ou dans les soins). Le conflit génère des menaces verbales, menaces de main-courante, dépôts de plainte, de courriers à la direction, à l'ARS ou encore de dénonciation aux médias.

- « **Appel fille patiente à IDE du service : reproches répétés, allégations de maltraitance (affirme que son père n'est jamais changé, qu'il reste souillé toute la journée). Les mêmes reproches se répètent dans le service sur un ton virulent. Le fond du problème est que la famille n'admet pas que leur père bénéficie de la même prise en charge que tous les autres patients, fait en permanence référence à la carrière pro de son père qui nécessiterait des égards différents. La fille a formalisé un courrier de réclamation, qui a fait l'objet de plusieurs réponses circonstanciées. Elle a avisé l'ARS à qui l'Ets a transmis non seulement ses réponses mais également les différents signalement d'évènements indésirables formalisés par les soignants et relatant le comportement de cette personne. Le dossier a été classé par l'ARS. » (Réanimation)**

- « **Lors de la visite d'une famille à un patient, la maman et la sœur s'énervent, menacent, insultent le personnel présent prétextant des faits de maltraitance sur leur fils et frère, hors ce patient a été très violent la nuit précédente avec passage à l'acte nécessitant l'appel du médecin de garde, la famille n'entend rien. [...] dit aller faire une main courante. Essayons de temporiser dans un premier temps en les recevant dans un bureau, au vu de l'entretien le ton monte, la famille n'entend rien, s'énerve, menace, insulte. Avons été obligés de les accompagner jusqu'à l'extérieur du pavillon. Les insultes et les menaces continuent. Cherche à connaître le nom de l'IDE.** » (Psychiatrie)

- « **Après avoir passé le week-end en compagnie de son enfant hospitalisé, un père se plaint avec virulence de l'ensemble des conditions d'hospitalisation** (réveillé dans la nuit, manque de compétence, enfant resté à jeun, maltraitance, manque d'informations...). » (Pédiatrie, néonatalogie)

- « **Appel de la fille d'un patient- propos virulents, reproche de ne pas donner à manger et à boire à son père "suspicion de maltraitance".** » (Gériatrie court séjour)

- « **La mère d'une patiente est arrivée pour prendre sa fille avec 2h30 de retard. À son arrivée, elle prend des photos de sa fille, nous accuse de maltraitance** (elle trouve que les cheveux de sa fille sont sales, et elle a une griffure au bras, à savoir que l'enfant a refusé de se laver les cheveux le matin même, et qu'elle a été mise en chambre dans l'après-midi, car elle a insulté et frappé les soignants). **La mère menace les soignants du tribunal, très virulente et menaçante verbalement.** » (Foyer enfance, adolescence)

- « **Suite à une chute dans le service à 19h de Mme Y, celle-ci a passé un scan cérébral prescrit par l'interne de garde. [...] À 22h j'appelle son fils [...]** Ce dernier m'exprime son mécontentement de la prise en soins réalisée par le service. **Monsieur se montre agressif verbalement et m'exprime que pour lui les soignants ne respectent pas la charte de bienveillance. Monsieur me dit qu'il pense que les soignants sont même "maltraitants" avec sa mère. Suite à cette conversation, il conclut qu'il a pris des photos dans le service et qu'il va se rendre à la direction dès demain matin.** [...] » (SSR)

- « **L'infirmière de dialyse n'ayant pas répondu à la demande de la patiente faute de temps (occupée avec un autre patient), celle-ci est entrée dans un syndrome de persécution. Elle affirme que les soignants maltraitent les patients et en vient à menacer de mort l'infirmière et la cadre du service présente.** » (Dialyse)

Il a été relevé ce cas signalé de maltraitance par l'établissement suivi d'un dépôt de plainte ou d'une violence d'un personnel répondant à une violence d'un mineur.

- « **Faits avérés de maltraitance d'une stagiaire IDE 1^{ère} année envers une résidente de JDL 1 (caméra vidéo posée par la famille) qui a été tout de suite suspendue.** » (USLD/EHPAD)

Pour deux autres cas concernant un ambulancier et un médecin.

- « **Patient mineur agité et fortement alcoolisé, a donné un coup à une infirmière, craché sur le personnel soignant, insulte et menace de mort. Pendant les faits, un ambulancier a mis aussi un coup au patient. Signalement à l'ARS effectué.** » (Urgences)

- « **Médecin intérimaire : agresse les patients verbalement, ne répond pas à leurs questions et tient des propos non appropriés. Difficultés lors de la prise en charge de la douleur : refuse les antalgiques autres que paracétamol chez les patients hyperalgiques, refuse d'appeler le CH [de telle ville] pour des scanners. Non autonome dans les soins et avec l'outil informatique. Pas de cotation des actes.** » (Urgences)

Certains personnels signalent parfois que le fait de ne pas parvenir à réaliser une prise en charge efficiente, ajoutée à des conditions d'organisation du service qu'ils jugent déficientes, constituent pour eux de la maltraitance sur les patients/résidents.

- « *La patiente concernée a insulté violemment le personnel depuis son arrivée dans le service et particulièrement ce jour. Nous prenons en compte l'état pathologique de cette patiente dans son intégralité, seulement malgré nos requêtes à la hiérarchie nous ne nous sentons pas entendues. Le personnel souffre de se faire insulter à répétition et met les soignants très mal à l'aise le restant de leur garde. Dans l'immédiat, cette patiente prend énormément de temps à l'équipe soignante au détriment des autres patients et crée une fatigue chronique. **À long terme l'ensemble de l'équipe craint des débordements qui pourraient subvenir ainsi que la maltraitance qui pourrait apparaître, une fois de plus au détriment des autres patients qui ne méritent pas de voir une équipe épuisée.*** » (Autres)

■ **Le refus de partir d'un établissement.** Il arrive que des patients refusent de quitter l'établissement à la suite des premiers soins terminés ou d'une hospitalisation qui n'est plus médicalement justifiée. Parfois les familles s'opposent également aux sorties. Ce sont alors diverses pressions, insultes, menaces et même violences pour rester dans les lieux.

- « *Patiente en consultation de stomatologie, crie, menace le personnel et enfin a frappé au visage une soignante. Il y a aussi un refus de partir malgré les premiers soins donnés.* » (Autres)

- « *Depuis plusieurs mois, le patient devrait sortir de l'établissement, son hospitalisation n'est plus médicalement justifiée. Il refuse de retourner à son domicile, souhaite un nouvel appartement et malgré la prise en charge sociale les demandes n'aboutissent pas. Il a entamé une procédure juridique contre l'établissement qui est en cours. Il ne va plus en rééducation, ne respecte pas les règles de fonctionnement de l'établissement et agresse le personnel très régulièrement (plus de 10 déclarations d'événement indésirable faites par les soignants et 2 dépôts de main courante envers lui et sa famille laquelle menace aussi le personnel très régulièrement). Le personnel est angoissé, se sent en insécurité lors des soins et appréhende de rencontrer la famille.* » (SSR)

- « *Le patient revient du bloc vers 19h00, suite à une hernie inguinale, les paramètres vitaux sont correctes le pansement propre, tous les critères de sorties sont remplis, mais le patient refuse la sortie. Un chirurgien digestif, se déplace pour lui expliquer que son état ne nécessite pas une hospitalisation plus longue. Le patient à l'air d'avoir compris. À 20h20, le patient et sa famille refusent catégoriquement la sortie. Avec ma collègue AS nous nous retrouvons seules face à plusieurs hommes énervés. Donc je prévient le chirurgien et l'interne qui sont au bloc opératoire. À 20h50 un lit lui est réservé en service de chirurgie. Je termine donc avec 1h de retard.* » (Chirurgie)

- « *Agression verbale par téléphone de l'IDE coordinatrice du service de médecine, par le fils d'un patient. Le fils, à [l'étranger] pour son travail, ne souhaite pas que son père sorte à domicile. Il menace l'IDE coordinatrice. Il lui demande son identité afin de porter plainte pour maltraitance et mise en danger d'autrui. Le père est hospitalisé dans le service pour complaisance depuis plus de 15 jours. Patient venant d'un autre établissement pour réaliser un examen (biopsie sous radio). Dossier pris en charge par un chirurgien thoracique de la clinique. À ce jour, en attente de transfert dans l'établissement d'origine.* » (Chirurgie)

- « *Suite à une consultation médicale il a été signifié la sortie définitive à un patient. N'acceptant pas la décision médicale il s'est énervé, a insulté le médecin et a fini par le frapper violemment avec un sac puis des coups de poing. Les lunettes ont été cassées. Il a également une légère blessure à la main gauche. Appel des forces de l'ordre pour récupérer le patient. Plainte déposée par le médecin à l'hôtel de police de [telle ville]. Déclaration d'accident de travail et FEI.* » (Psychiatrie)

Pour un patient déclaré sortant par mesure disciplinaire.

- *« Problème avec un patient pour qui il a été décidé une sortie le 22 novembre au matin pour raison disciplinaire lors de la visite médicale du 21 novembre. Le patient n'a pas accepté cette décision. Au réveil ce matin, au passage de l'infirmière pour les traitements, le patient s'est montré très agressif verbalement envers le personnel (grosse pu..., ferme ta g..., insultes [dans sa langue]...) puis a proféré des menaces (vous avez de la chance d'être des femmes, sinon il y a longtemps que je vous aurais mises à terre...) s'est montré aussi très provoquant, (claque les portes, met la musique à fond, jette le linge par terre, se promène en caleçon, fume dans les locaux) tout en continuant de nous insulter et de nous rabaisser. » (Unité de soins, CH)*

2- Refus de soins (de « nursing »)

Cette rubrique, ajoutée en 2019, évoque surtout les refus de soins de « nursing », causes de violences, afin de les distinguer des refus de soins médicaux.

- *« Patient agressif et menaçant. Couche déchirée et est opposant aux soins. » (UMD)*
- *« Lors de la toilette d'une patiente, celle-ci a giflé l'aide-soignante. Lors du petit déjeuner, l'AS a voulu faire boire la patiente qui s'est agitée, et s'est montrée agressive. » (Psychiatrie)*
- *« Lors d'un change, le patient est devenu très agressif, a donné des coups de poing et des coups de pied. Épisode qui se répète à chaque change. » (Médecine)*
- *« M. X au moment de son rasage m'a attrapé le rasoir des mains et l'a cassé en deux en se coupant la main gauche entre le pouce et l'index. En finissant sa toilette, nous frappe, insulte, propos injurieux, nous crache aux visages, hurle. » (USLD/EHPAD)*
- *« Patient était souillé d'urines, je voulais changer les draps et apporter des soins au patient mais il s'est avéré opposant aux soins, violent verbalement avec menace de violences physiques, obligé de faire appel à mes collègues soignant pour porter mains forte afin de pouvoir finir mes soins en sécurité. » (Urgences).*
- *« Lors d'un soin, un patient a griffé deux agents aux mains et aux bras. » (SSR)*
- *« Résidente très agressive au moment de la toilette ce matin et pendant le repas du midi. Agression verbale envers le personnel et les résidents. Balance tout ce qui est sur la table même aux autres résidents. Refuse de s'alimenter depuis 3 jours et est dans la plainte que l'on ne lui donne pas à manger. » (USLD/EHPAD)*
- *« En effectuant un change, une soignante tenait les mains de la patiente pour éviter les coups portés à sa collègue. La patiente a pris l'avant-bras de la soignante et l'a mordue assez fort. » (Autres, CH)*

3- Temps d'attente jugé excessif

Les urgences sont majoritairement citées dans ce reproche mais bien d'autres services sont concernés. En effet, il faut comprendre comme temps d'attente le soin immédiat que le patient attend du professionnel qu'il est venu consulter ou encore le service qu'il est venu chercher, mais aussi le soin ou le service pour lequel un rendez-vous sera accordé dans un temps futur. Accompagnants et parents d'enfants font également des reproches. Toutes les réactions sont possibles. À nouveau, il faut souligner que les sujets trop « *alcoolisés* » trouvent facilement le temps d'attente trop long et manifestent leur impatience et leur mécontentement de façon violente.

■ **En ce qui concerne le soin immédiat qu'on attend du professionnel.**

- « **Le patient arrive à l'accueil des urgences à 6h pour plaie au niveau du front sur allégation d'agression, le patient réclame d'être vu par le médecin immédiatement.** Nous lui expliquons qu'il y a de l'attente le patient devient soudainement très agressif, tape sur la vitre, menace de mort tout le personnel présent ainsi que les agents de sécurité. Il nous insulte nous pointe du doigt et nous dit qu'il nous attend dehors pour en découdre dès que nous finissons notre service. Allo police. » (Urgences)
- « **Agression physique d'un professionnel paramédical (Aide-Soignante) :** le patient se plaignant du temps d'attente avant sa prise en charge, a insulté le médecin urgentiste avant de lever la main sur l'aide-soignante pour lui asséner une **gifle. Cette dernière a pu parer le coup avec son avant-bras.** Le patient et son épouse ont quitté les lieux dans la foulée. » (Urgences)
- « **Une patiente accompagnée de son fils et suite à une consultation aux urgences est transférée par un brancardier au service de l'imagerie pour un scanner. Le fils de cette patiente non munie d'une ordonnance de quelque nature que ce soit exige que le scanner de sa mère soit exécuté immédiatement.** Face aux explications du personnel présent, le fils devient agressif et tente de filmer le personnel présent mais en vain. Alerte donnée au service de sécurité interne, l'auteur a pris la fuite. » (Radiologie)
- « **Ce jour, M. X, patient détenu, a violemment insulté le chirurgien-dentiste de l'unité sanitaire : "je vais ramener mes frères et baiser ta mère".** Pendant les soins dentaires, le dentiste a recherché le consentement du patient quant à la pose de sa dent, il a tenté de lui expliquer les soins. Le patient a rapidement exprimé son mécontentement en haussant le ton et insultant le dentiste. **Le dentiste lui explique qu'il doit réaliser une radiographie, qu'il sera appelé ultérieurement, et, en vain, le patient refuse d'attendre et exige que sa radiographie soit réalisée immédiatement.** Le patient continue à agresser verbalement le dentiste qui déclenche son alarme, les surveillants de l'unité sanitaire interviennent aussitôt. En même temps, officiers, gradés et surveillants arrivent dans le service. » (Centre de détention)
- « **Maman dirigée avec son bébé vers la salle d'attente car très forte affluence aux urgences pédiatriques. Refuse et devient agressive, exige d'être reçue immédiatement, que son bébé va mourir alors qu'elle dort paisiblement dans son cosy. Menace de revenir et de tout faire péter.** Elle part et revient une heure après avec son bébé. Reçue par infirmière qui arrive à la calmer. » (Pédiatrie, néonatalogie)
- « **Patient attendu dans le service pour son traitement à 9h. Arrivé dans le service à 9h20, exige de voir le médecin toute suite, pas encore arrivé. Commence comme à son habitude à être agressif+++ envers l'équipe paramédicale.** Le docteur arrive et le voit immédiatement. Ok chimio donnée mais la poche n'est pas encore arrivée. Devient encore plus agressif envers l'équipe paramédicale. Explications données, patient en énième ligne de traitement, il connaît le fonctionnement de l'HDJ. [...] » (Unité de soins, CH)
- « **La patiente, très énervée en raison du temps d'attente avant son intervention au bloc opératoire, a commencé à insulter et menacer le chirurgien ainsi que les professionnels du bloc.** Après l'avoir sortie du bloc suite à son comportement, elle a continué à proférer des insultes et s'est montré très agressive envers les professionnels du service ambulatoire, ainsi que du bureau des entrées. La patiente **a quitté l'établissement en tenue de bloc avec son dossier patient.** » (Bloc opératoire)
- « **Intolérance du temps d'attente demandé au patient. Intrusion dans le bureau infirmier, menaces + bras tordu puis coup de poing dans le nez.** » (Unité de soins, psychiatrie)

■ **En ce qui concerne le service immédiat qu'on attend du professionnel.**

- « Un patient se présente. L'infirmière étant occupée avec un autre patient, **ce patient sonne à plusieurs reprises de suite puis de façon continue. Le médecin va alors ouvrir et tente d'expliquer au monsieur qu'il n'est pas utile de sonner de la sorte, que les soignants viennent dès qu'ils le peuvent. Patient immédiatement agressif, insulte le médecin et la saisit au cou avant de partir sur l'insistance de la femme l'accompagnant.** L'administrateur de garde et la gendarmerie ont été contactés. Dépôt de plainte réalisé et médecin en arrêt de travail. » (Urgences)
- « **Patient se présentant au service en demande de remise d'une ordonnance de manière anticipée et avec chevauchement dans la continuité de son traitement.** Proposition d'assurer la continuité de son traitement pharmacologique en organisant la délivrance de son traitement aux dates prévues sur un lieu de villégiature qu'il nomme. Refuse et **dans un contexte immédiat d'intolérance à la frustration, profère des menaces verbales d'agression à caractère sexuel à mon encontre, agitation motrice, profère des menaces de représailles** ("m'attends à la sortie", "va me retrouver à l'extérieur") toujours avec le même caractère. » (Autres, CH)
- « La secrétaire a de nouveau eu au téléphone M. X, patient de [telle unité] qui souhaitait de nouveau échanger avec le Dr X (médecin qui suit sa compagne). La secrétaire a signalé que ce n'était possible que le médecin n'était pas joignable. M. est immédiatement monté en agressivité en disant de nouveau "je vais tout péter là-dedans et je vais péter la g... à tout le monde" et qu'il venait pour son RDV avec le Dr X à 14h00 et qu'il n'en resterait pas là. » (Psychiatrie)
- « Mme Y était très énervée ce matin, a sonné à de nombreuses reprises, a cherché à lever la main sur moi car je l'aurais fait attendre trop longtemps suite à son appel... et nous a également insultés... » (USLD/EHPAD)
- « **Patient injurieux, fait des réflexions car trouve qu'il a attendu trop longtemps pour être couché, dit que les soignants ne peuvent pas le saquer, demande à la soignante d'appeler un coiffeur pour lui, il menace les 2 soignants de les faire "virer". Il exige que l'aide-soignant ne vienne plus dans sa chambre.** » (SSR)

■ **En ce qui concerne le soin ou le service pour lequel un rdv sera accordé ou le service fait dans un temps futur.**

- « **Agression verbale de la part d'un patient dans un box de rétrocession pour obtenir son traitement auprès d'une préparatrice lui demandait de retourner au centre de soins dentaires car l'étiquette PASS ne figurait pas sur sa prescription.** Refus du patient et intrusion dans un box où se trouvait un autre patient. Prise en charge par le pharmacien et nouvelle agression verbale (heureusement que nous avons des séparations vitrées dans box). Le patient ne se calmant pas, la sécurité a été appelée. Le traitement a été finalement dispensé. » (Pharmacie, CH)
- « Agression verbale par la famille (fils) avec insultes au personnel, menaces physiques, menaces de "bruler le service", et tentative de vol du dossier médical de son père sous prétexte d'un retard d'une heure sur le "rdv d'information" qui avait été convenu par téléphone plus tôt dans la journée. Retard dû à une charge de travail importante avec d'autres patients du service entrés en fin d'après-midi. » (Réanimation)
- « Un monsieur exige une consultation immédiatement avec un chirurgien et refuse le rendez-vous proposé. Il entre dans les salles de consultations en frappant. Insulte et provoque l'infirmière. » (Chirurgie)
- « Patient agité car souhaite voir le docteur immédiatement et refuse de s'installer en salle d'attente. Menace de s'introduire dans le bureau du médecin. » (Addictologie)

- « **Le téléphone étant en panne depuis plusieurs jours (bon de réparation fait). Ce matin M. X s'inquiète du téléphone qui n'est toujours pas réparé. Je lui dis que nous attendons les ouvriers, dans la foulée M. X. me frappe violemment au visage, provoquant un mal de tête.** » (UMD)

Les soins dentaires sont une source de conflit pour diverses raisons : absence d'urgences dentaires dans certains hôpitaux (incompréhension des patients et personnel démuni pour répondre au fait que ce service n'existe pas) ; Douleur suscitant impatience dans l'attente de la prise en charge alors parfois que la douleur dure depuis plusieurs jours ; Mauvaise prise en charge avec douleur persistante, etc.

- « **Patient venu sans faire de dossier dans les urgences, agressif et menaçant.** Passe dans la journée pour algie dentaire et ne comprend pas pourquoi il n'a pas eu de RV avec le stomatologue. Proposition de refaire un dossier : refuse. Devient agressif : donne un coup de pied dans le ventilateur + menace + insulte ==> intervention du médecin et des collègues avec explications de faire un dossier pour prise en charge. » (Urgences)

- « **Patient qui se présente aux urgences pour une douleur dentaire. Il est agressif dès son arrivée, exige de voir un médecin immédiatement ; impatience et agressivité quand on lui demande ses papiers pour l'admission. Pris en charge par l'IAO avec le médecin d'accueil qui lui conseille de prendre RDV avec un dentiste aux heures ouvrables et lui propose des antalgiques pour la nuit. Le patient ne comprend pas ce refus de prise en charge, dit qu'il paye ses impôts, s'énerve, s'agite. Il décide finalement de partir.** » (Urgences)

- « **Au centre de soins dentaires, agression verbale de la fille d'une patiente envers la secrétaire, car elle ne comprend pas qu'elle ne puisse pas lui donner de rdv.** » (Centre de soins dentaires)

- « **Au centre de soins dentaires, patient qui se présente pour des douleurs, se déclare insatisfait des soins reçus par des dentistes/internes incompetents, reproche qu'ils lui ont cassé/massacré les dents lors des précédents rdv. Il ne comprend pas pourquoi les soins n'ont pas été poursuivis aux urgences, ne souhaite pas consulter en libéral. Le ton commence à monter, absence de dialogue, accusations portées contre les externes et la secrétaire, refuse de partir, occupe les locaux, menace de porter plainte, menace de revenir en représailles.** » (Centre de soins dentaires)

- « **Aux urgences dentaires, un patient se présente au guichet pour une douleur dentaire. La soignante explique qu'il seul praticien est présent et ne prend donc que les grosses urgences type trauma et qu'il peut revenir le lendemain matin, car les effectifs seront au complet. Il dit être suivi, mais la soignante n'a pas le temps d'ouvrir le dossier, il s'énerve, insulte la soignante, monte le ton, insulte une patiente qui était intervenue, hurle, insulte et fait des allers/retours dans le hall. Patient parti avant l'arrivée de la sécurité.** » (Urgences dentaires)

4- Alcoolisation

Cette rubrique, par rapport à celle évoquant un reproche relatif à la prise en charge avec des personnes alcoolisées ou droguées (v. p. 59) évoque surtout le fait d'être sous l'emprise de l'alcool sans motif apparent, générant des comportements plus ou moins irrationnels mais tous agressifs, voire très violents. Tout est alors sujet et prétexte à provoquer, à menacer, à harceler, à insulter, à frapper, à dégrader. Parfois se sont aussi des personnes enivrées mais totalement étrangères à l'établissement qui ont pénétré dans l'établissement ou aux abords : anciens patients, famille et amis.

- « **Un visiteur, une fois encore a insulté et menacé des soignants de l'unité alors qu'il revenait avec son amie, une patiente hospitalisée dans l'unité et en sortie sans avis médical depuis la veille. Ce Monsieur depuis sa sortie d'incarcération est de plus souvent alcoolisé massivement et vindicatif. Il est présent devant l'unité tous les jours matin et soir et nous devons le menacer d'appel aux forces de l'ordre pour qu'il parte.** » (Psychiatrie)

- « *Le petit-fils d'une patiente faisait fumer sa grand-mère en chambre. Suite aux remontrances du personnel, il quitte les lieux, visiblement alcoolisé et tague l'ascenseur du bâtiment.* » (SSR)
- « *Une jeune fille alcoolisée +++ menace et crache aux visages de deux infirmières lors de la prise en charge. Plainte. Convocation en justice.* » (Urgences)
- *Comportement irrespectueux de 2 visiteurs vraisemblablement alcoolisés envers le personnel et les autres résidents (interpellation, tutoiement, ricanement, réflexions).* » (USLD/EHPAD)
- « *Une IDE a reçu un coup au visage par une pensionnaire (consciente de ces actes), qui consommait de l'alcool pendant l'après-midi. Cette pensionnaire pose fréquemment des problèmes dans le service avec le personnel et les autres patients. Plainte victime et établissement.* » (USLD/EHPAD)
- « *Patiente hospitalisée arrivée avec son compagnon, alcoolisés tous les deux. Le compagnon présent jusqu'à 19h30, commence à consommer de l'alcool dans la chambre (cannette de bière retrouvée dans la chambre), commence à être violent verbalement avec la patiente. Le compagnon vient toquer à la porte de l'office pour demander l'aérosol de la patiente mais de façon virulente. Les 2 IDE se sont enfermées dans l'office. La sécurité a été appelée pour faire sortir cet individu.* » (Alcoologie)
- « *Patient alcoolisé et agité ayant insulté une aide-soignante. Le patient a ensuite tenté de frapper l'agent et l'a menacé de mort à plusieurs reprises. Déclenchement de l'alerte agression puis intervention des services de police pour l'emmener en cellule de dégrisement.* » (UHCD/UHTCD)
- « *Le monsieur arrive soul dans la chambre avec du champagne. Veut récupérer son argent. Patiente s'y oppose, M. devient violent. Le cousin présent s'interpose. Bagarre éclate dans la chambre puis dans le couloir. Équipe homme AS sur place contrôle l'homme. ALLO sécurité. M. évacué par la sécurité.* » (Gynécologie, obstétrique, maternité)
- « *Sécurité appelée pour signaler un conflit entre 2 visiteurs d'un même patient (l'épouse et un ami qui sont en conflit à l'extérieur sur fond d'alcool). La femme est très agitée, agressive, hystérique. L'ami du patient est écarté du service. La femme s'en prend alors aux agents de sécurité, les insulte et les menace. Elle hurle entre et sort de la chambre, claque la porte. Elle est descendue avec difficulté dans le hall et la police est appelée et la raccompagne hors du site.* » (Autres, CH)

5- Refus de prescription

Au sein de ce motif on remarque à plusieurs reprises que le refus de délivrance ou de prolongation d'un arrêt de travail génère pressions, menaces, violences et dégradations.

- « *Patient venu aux SU pour une suture [à telle date]. Revient [5 jours plus tard] pour demander prolongation d'arrêt de travail (arrêt pour 1^{er} jour uniquement) car n'est pas allé travailler depuis. On le renvoie vers son médecin traitant. Revient 1 h après car son MT [médecin traitant] refuse de faire la prolongation. Je lui explique à nouveau en présence de la secrétaire des urgences que ce n'est pas possible car le médecin a jugé qu'il n'y avait besoin que d'un jour d'arrêt. Il frappe dans le mur devant moi, il arrache le document et part en nous insultant.* » (Urgences)
- « *Patient pris hors rendez-vous, devant refus arrêt de travail détériore un écran ordinateur insulte et agresse praticien en tentant de l'étrangler. Intervention service et sécurité.* » (Médecine)

Autre motif

- « *Violence verbale du père à l'encontre de l'interne car insatisfait de ne pas obtenir prescription d'une radio.* » (Pédiatrie, néonatalogie).

D'autres motifs sont sources de relations difficiles, notamment le refus de prescription d'un bon de transport. Un patient ira même jusqu'à appeler la gendarmerie prétextant le motif de non-assistance à personne en danger, obligeant alors l'IDE à répondre aux gendarmes des raisons du refus de prescription de ce bon de transport (n'étant pas d'ailleurs pas habilitée pour cet acte).

- « *Une patiente des urgences préparant sa sortie devient agressive et insultante devant le refus de prescription d'un retour en VSL. Sidération et inquiétude des autres patients qui attendaient leur tour.* » (Urgences)

6- Règlements de compte - Conflits familiaux

L'établissement de santé (tant dans ses bâtiments qu'en ses abords extérieurs) est parfois le théâtre de règlements de compte entre bandes ou clans, ou parce que s'étant battus en d'autres endroits, les protagonistes y ont été conduits par les services de secours ou se sont dirigés par eux-mêmes pour être soignés. Ce peut-être aussi la recherche d'une victime hospitalisée pour lui « régler son compte », d'un différend au sein d'une famille ou groupe de personnes qui ne se connaissent pas et qui, pour tel ou tel motif (ordre de passage aux urgences, bruit dans les chambres, etc.), vont aller jusqu'à se battre. Ces différents peuvent très vite dégénérer en bagarre générale et violences graves, effrayant les personnels et le public présent au point de nécessiter l'intervention des agents de sécurité-sûreté et celle des forces de l'ordre.

- « *Ce jour à 19h55, l'agent de sécurité de permanence PC est présent lors du début d'une bagarre en salle d'attente des urgences impliquant 4 à 6 personnes. L'alarme agression est déclenchée [...]. Arrivés sur place, les agents de sécurité constatent que les protagonistes font partie de deux familles différentes, qu'un couple quitte les lieux et qu'un autre monte en maternité. **Le différent viendrait de la place dans la file d'attente au bureau des entrées entre ces deux couples. Les agents de sécurité constatant que les deux parties appellent « des renforts extérieurs » [...]. Trois voitures arrivent à vive allure et se garent devant le parvis des urgences à 20h25. 5 ou 6 personnes en descendent et en ouvrant les coffres, l'agent de sécurité demande un appel immédiat des forces de l'ordre au PC (ce qui est fait, 17+ PM). Les individus étant menaçants, les agents de sécurité tentent de sécuriser le service en fermant les portes vitrées, en demandant au personnel de rentrer et en bloquant l'accès au portes IAO et sorties. (L'agent de sécurité repoussera l'entrée d'un des individus par la porte du service lors de l'ouverture de celle-ci pour la sortie de patients. Les portes automatiques des urgences sont rouvertes à 20h35 à l'arrivée de quatre patrouilles de police municipale. La police municipale quitte les lieux à 20h40 après avoir fait partir les individus. Une faction de sécurité est mise en place avec filtrage jusqu'à 21h00 où la faction classique prend la suite.*** » (Urgences)

- « *Groupe d'hommes nombreux virulents et agressifs postés devant l'entrée du bloc à la recherche d'une patiente. Voulait rentrer dans le bloc voir si elle n'était pas encore là. Cette patiente est passée au bloc après une agression très violente. La sécurité a été appelée, 15 minutes après personne n'est venu, l'administrateur de garde a été appelé. La sécurité est venue 30 min après le 1^{er} appel !!!!! Précisions sur les conséquences : mise en danger du personnel. Mise en danger de la patiente.* » (Bloc opératoire)

Pour des agressions commencées dans la rue et qui se finissent dans l'établissement.

- « *ABSENCE DU SERVICE DE SÉCURITÉ SUR SITE : Ce soir où un de nos jeunes délinquants, psychiquement instable, vient d'agresser avec un sabre des habitants du village X. Bilan des courses, j'ai tout le village [...] qui a envahi le centre avec la ferme intention de "régler son compte" à l'agresseur et d'assister à la prise en charge des blessés rendant le travail de l'équipe d'astreinte très compliqué. Présent au centre puisqu'en charge des consultations cliniques des pathologies chroniques du jour je me suis à nouveau instauré agent de sécurité. N'étant pas habilité pour ce "type d'activité" j'ai demandé l'appui de la gendarmerie qui a très gentiment accepté de sécuriser le centre par une présence de 2 des leurs qui vont se relayer toute cette nuit dans nos locaux.* » (Autres, CH)

- « **2 patients arrivent aux urgences adultes suite à une rixe, se reconnaissent à l'arrivée, l'un des patients pénètre dans le bureau de l'accueil pour se cacher derrière moi, insultes +++, le deuxième devant le bureau d'accueil attrape une chaise et la lance sur moi (il visait l'autre patient), j'ai réussi à esquiver la chaise de justesse, la vitre de derrière s'est cassée. Une patiente témoin de la scène s'est évanouie devant la violence. Je n'ai pas pu aller lui porter secours car j'étais coincée derrière le bureau avec l'autre patient et la secrétaire. Actuellement sur les nuits, la violence est très présente avec une population ciblée (alcoolisée). Plainte** » (Urgences)

- « **Suite à une bagarre [dans telle ville], 2 victimes rivales se sont présentées aux urgences pour demander un certificat de coups et blessures. Leurs bandes d'amis respectives les ont rejointes jusque dans la salle d'attente des externes des urgences, en présence d'autres patients. Des échanges d'insultes, de cris et de coups ont été portés aux 2 victimes déjà présentes. Dans la salle d'attente se trouvaient 2 mineurs (- de 10 ans) qu'il a fallu mettre en sécurité rapidement. Le personnel des urgences a sollicité l'intervention de l'agent de sécurité en poste et de la police qui sont intervenus rapidement. Les 2 victimes ont été redirigées, pour leur sécurité, vers le point garde du Centre Hospitalier. Les patients présents dans la salle d'attente ont été très choqués, pleurs, cris.** » (Urgences)

- « **À 00h30 se présente à l'entrée de l'établissement, 1 véhicule UBER avec 4 individus à l'intérieur dont 1 mineur sérieusement touché à la tête après avoir reçu des coups de marteau et présentant un saignement très abondant. Le véhicule entre jusqu'aux urgences pédiatriques pour y déposer le mineur blessé et ses accompagnants. Au vu de la situation et pour assurer la prise en charge sereine du patient par l'équipe des Urgences pédiatriques, les agents de sécurité bloquent depuis le parking des Urgences les 3 accompagnants. Ces derniers alcoolisés et mécontents d'être bloqués commencent à insulter copieusement les professionnels des Urgences et engager des violences physiques sur les agents de sécurité. Les agents de sécurité parviennent à les contenir et font faire appel aux services de Police. Entre temps, un individu a sorti un couteau à cran d'arrêt et a menacé physiquement directement un agent de sécurité. Ce dernier a été très rapidement désarmé et maîtrisé par le Chef de poste S3M sécurité. La police arrive avec 2 véhicules de la Bac et un véhicule sérigraphié. 2 individus sont rapidement maîtrisés et interpellés tandis que le 3^e prend la fuite puis est retrouvé au milieu des jardins de l'établissement pour être également interpellé. À l'arrivée des forces de Police, les 2 autres individus se sont débarrassés (mais retrouvés) de 2 autres couteaux à cran d'arrêt. Les 3 individus sont en GAV, le mineur blessé transféré dans l'hôpital X. Une plainte va être déposée par un agent de sécurité et le chef de poste pour les violences volontaires et les menaces. Les blessures du Chef de poste et de l'agent de sécurité sont superficielles et se résument à des ecchymoses.** » (Urgences)

Les motifs des bagarres ne sont pas toujours connus.

- « **La régulation nous appelle pour prendre en charge un patient du centre de référence vers [telle ville]. Une fois le patient installé dans l'ambulance, impossible de quitter le site. En effet une bagarre entre jeunes avait éclaté aux abords de site. Trois d'entre eux sont rentrés dans l'enceinte pour se réfugier tandis que leurs poursuivant leur jetaient des pierres. L'une des pierres lancées m'a atteint au genou. Nous nous sommes donc réfugiés et avons attendu l'arrivée des gendarmes. Le transfert n'a pu se faire que vers 20h34. - appelle des gendarmes - sécurisation des patients - information des collègues et du SMUR.** » (Urgences)

- « **Pour une raison inconnue, un visiteur accompagné de 5 hommes s'en prend physiquement à un patient qui sort des urgences. La victime se réfugie dans le service. Intervention de la sécurité et de la Police. Les agresseurs venus en véhicules quittent les lieux. Plainte déposée par la victime. Les enregistrements vidéo des faits ont été sauvegardés.** » (Extérieur établissement, CH)

- « **Une rixe a éclaté dans le hall d'accueil de l'hôpital entre 2 bandes de personnes [de nationalité étrangère]. Environ 30 personnes se battent à coups de poing et coups de matraques télescopiques.**

Les agents de sécurité sont intervenus pour secourir 4 personnes blessées parmi les visiteurs. » (Accueil, standard, CH)

- *« Dans le hall de l'hôpital, deux familles se sont battues pour des raisons personnelles. L'agresseur porte des coups à la victime pour une raison indéterminée. Les deux familles sont séparées. Agent de sécurité et responsable de la sécurité présents. Information à la police qui vient surplace. » (Accueil, standard, CH)*

L'acharnement dans le règlement de compte pousse parfois les agressés ou les agresseurs à demander du renfort ou encore à aller jusqu'à chercher une arme.

- *« Le service sécurité est appelé pour une bagarre entre 2 individus. Il s'agit d'une patiente qui accuse un homme d'avoir tenté de lui voler son portable. Cette dernière a fait appel à son frère qui est arrivé sur les lieux et qui voulait intimider le dit voleur. Il lui assène un coup de poing au visage déclenchant la bagarre. Après avoir reçu le coup de poing ce dernier est allé chercher une barre de fer mais il a été maîtrisé au sol par les agents de sécurité. » (Urgences)*

Ces explications violentes ne sont pas toujours le fait de bandes mais aussi de patients/résidents isolés qui ont un différend à régler, comme celui-ci-dessous, avec une agression délibérée d'un patient en fauteuil roulant électrique sur un autre patient.

- *« Un patient en fauteuil roulant électrique croise un autre patient. Faisant suite à une mésentente entre eux, le premier sciemment actionne son fauteuil sur le second en déambulateur. Le patient tombe, il venait d'être opéré d'une hanche. Le patient en fauteuil explique que s'il avait pu, il lui aurait roulé dessus et que de toute façon en étant un handicapé et non solvable, il ne lui arriverait rien. » (SSR)*

Pour une altercation avec un chien mordeur.

- *« Altercation entre deux familles aux urgences. Le chien d'une famille a mordu 2 personnes de l'autre famille. L'agent de sécurité sépare les familles en attendant la police. Plainte » (Urgences)*

Conflits familiaux. Au-delà des règlements de comptes on peut également relever des conflits familiaux, lesquels semblent trouver un terrain d'expression facilitant au sein des établissements. Ce sont de violentes agressions verbales ou encore des menaces avec arme, des coups et des bagarres au sein même de l'établissement (salle d'attente, chambre, etc.) ou à l'extérieur de l'établissement (parking).

Les motifs à querelles sont variés. Les personnels, qui peuvent être pris à partie, doivent jouer les agents de médiation et font parfois appel à la sécurité et même aux forces de l'ordre quand les situations dégénèrent trop. Les services de maternité sont un lieu exposé à ces conflits (instance de divorce ou divorce consommé, craintes d'un des conjoints d'avoir été trompé et relations tendues au sein du couple, ex-épouse, ex-conjoint, relations tendues entre divers membres, ordonnances de placement provisoires d'enfants, etc.)

- *« À 19h00, un patient connu de l'établissement et fortement alcoolisé est amené dans le service d'urgence psychiatrique par son frère et un ami. Le patient est dans le coffre d'une camionnette et, tiré par les pieds pour descendre, il est jeté au sol, puis amené dans la salle d'attente où il est projeté dans un fauteuil. Son frère le frappe violemment à deux reprises.*

Cette arrivée violente nécessite l'intervention de l'équipe soignante puis, par déclenchement du PTI de l'équipe du service de sûreté, qui raccompagne le frère du patient à l'extérieur du service. Dès lors le frère du patient et le chauffeur de la camionnette insultent l'ensemble de l'équipe soignante et du service de sûreté, profèrent à maintes reprises des menaces de mort. S'en suit une violente altercation entre les soignants et l'équipe de la sûreté et les deux accompagnants (coups portés, menace de mort réitérées). La situation se calme momentanément, les deux accompagnateurs sont raccompagnés au portail. Une fois franchi avec la camionnette les deux individus reviennent et jettent des pierres contre le personnel. Arrivée de deux équipages de police qui emmènent les deux protagonistes en garde à vue. Demande des vidéos de surveillance.

Il n'y a pas eu de blessé immédiat mais 5 déclarations d'accident du travail ont été réalisées. Six agents parmi le personnel présent ont déposé plainte pour coups et blessures et/ou menaces de mort. Une infirmière a 8 jours d'arrêt de travail sans ITT, une autre un jour d'ITT. Un débriefing a eu lieu "à chaud" puis la situation a été reprise le lendemain en équipe. Une reprise clinique de la situation est en cours de programmation. L'établissement est également en cours de dépôt d'une plainte. » (Urgences psychiatriques)

- *« **Patiente ayant voulu étrangler sa mère dans le couloir du service en présence de sa grand-mère et de soignants ainsi que de parents d'enfants hospitalisés.** Intervention de l'équipe pour les séparer et emmener la patiente dans sa chambre. Difficulté de l'équipe à maîtriser la patiente dans sa chambre. Demande de renforts par la suite, équipe soignante agressée verbalement et physiquement par la patiente. Renforts arrivés par la suite après 3 appels !!! Personnel soignant resté 30 min dans la chambre. Personnel agressé physiquement, verbalement, et s'est fait cracher dessus à plusieurs reprises. Dès lors, mauvaise prise en charge des autres enfants du service car personnels mobilisés dans la chambre. 4 soignants du service intervenus, 1 personnel de sécurité intervenu après 1^{er} appel, 2 médecins du service intervenus puis 2 pédopsychiatres intervenus. Non gérable malgré tout, le personnel de sécurité présent a dû appeler du renfort. » (Gynécologie, obstétrique, maternité)*

Pour des violences, des conflits, des dégradations et des nuisances sonores.

- *« Nous venons d'être alertés par le personnel de tel bâtiment (PME, obstétrique) qu'un **individu** se prénommant X était **très remonté et menaçant envers sa femme. Il pense que celle-ci l'aurait trompé. Il veut lui régler son compte.** Les personnels de la PME nous ont appelé afin de savoir quelles mesures doivent être prises. Nous leur avons indiqué de placer la patiente sous X et de la changer de service. Pour cela les 2 agents de l'après-midi se sont rendus sur place afin de participer au déplacement de la patiente. Si l'individu devait revenir seul ou accompagné, appeler la police 17 ainsi que le 12. Nous mettrons en place des rondes dans le service « XYZ » afin de rassurer le personnel. Merci de faire la même chose avec vos agents de nuits (plusieurs passages) et de bien tracer leurs passages sur la main courante. [...] » (Gynécologie, obstétrique, maternité)*

- *« **Conflit familial entre le père et la belle-mère.** Tasse de café jetée dans la chambre. Nuisances sonores pour le service, ton qui monte entre les deux personnes contraignant le service à demander à la belle-mère de sortir de la chambre. Cette dernière a contacté la police qui est intervenue dans le service. **La police a fait le rappel des règles aux parents et à la belle-mère.** » (Pédiatrie, néonatalogie)*

- *« Les **accompagnants d'une patiente** que nous avions aux urgences étaient **présents dans la salle d'attente : un couple de jeunes d'une vingtaine d'années. Nous avons entendu des cris dans la salle d'attente, l'homme était en train de violenter sa femme (forte gifle). Il l'a entraînée de force dans son véhicule garé devant les urgences. Après quelques instants nous nous sommes aperçus qu'il continuait à battre sa compagne dans la voiture (cris importants).** Nous avons appelé l'agent de sécurité et la gendarmerie. Nous sommes donc toutes sorties afin de pouvoir les séparer. L'homme n'a pas voulu que sa compagne vienne avec nous. Il s'est montré violent verbalement, physiquement et menaçant avec nous ainsi que sa compagne et la patiente que nous avions en charge. Nous sommes parvenus à faire rentrer les jeunes filles dans le SAS pompier et laissé le jeune homme dans la salle d'attente. La gendarmerie est arrivée. L'homme s'est rapidement calmé. Ils sont repartis tous les trois dans le véhicule de l'homme. » (Chirurgie orthopédie)*

- *« **Débordement de la famille d'une patiente.** Lors de notre tournée des repas, nous avons entendu des haussements de tons dans la chambre x. **En effet, la fille et la belle-fille de Mme Y ont commencé à se disputer jusqu'à en venir aux mains.** Le personnel soignant du poste midi s'est interposé pour essayer de les séparer et par la suite calmer la situation. **Malheureusement, la famille est devenue de plus en plus violente ce qui a entraîné un débordement de violences sur le personnel soignant (coups, insultes et menaces...)** Au moment où le personnel soignant a pu séparer la famille,*

*l'infirmière a appelé le médecin qui est venu immédiatement et a donné l'ordre d'appeler les forces de l'ordre. Malgré nos nombreuses demandes de quitter l'établissement, la famille est revenue plusieurs fois à la charge en continuant de nous agresser verbalement. **Les forces de l'ordre ont fait sortir toute la famille et ont apaisé la situation.** Dans un second temps, [de nouveau une altercation familiale mais aussi avec le personnel - menaces de demander aux forces de l'ordre de revenir]. **Visite limitée par la suite à 3 personnes de la famille avec présentation de ses derniers auprès du personnel soignant avant chaque visite. Toute autre personne sera priée de quitter l'établissement.** » (SSR)*

- **Altercation entre l'ex-femme et la compagne d'un patient, ventilateur tombé au sol, plateau repas renversé au sol et sur les murs, coups de poing entre elles et perruque arrachée. Cris entendus dans les couloirs.** » (Unité de soins, CH)
- **« Suite au décès de son père, le fils d'un patient est devenu agressif envers sa mère, il l'a giflée puis s'en est pris aux soignants verbalement et physiquement. Intervention des forces de l'ordre puis intervention des urgences.** » (Médecine)
- **« En soins palliatifs, violente altercation entre les visiteurs d'une patiente et les membres de la famille de cette même patiente. [...] vers 23h entendons des cris et insultes dans le couloir. Nous intervenons pour séparer les opposants et arrêter les violences physiques. Après retour au calme nous avons demandé à tout le monde de quitter l'unité. Arrêt d'un soin en cours. Famille d'un autre défunt perturbé par tous les cris.** » (Autres, CH)

7- Diagnostic non accepté

- **« Détenu qui consulte régulièrement au SAU pour luxation récidivante de l'épaule n'accepte pas le retour à domicile et n'est pas d'accord avec notre diagnostic. S'énerve et insulte le médecin, nécessitant l'intervention des gardiens.** » (Urgences)
- **« La patiente refuse le diagnostic médical et lors de sa sortie du service, elle crie dans le couloir, nous insulte à plusieurs reprises, **agresse sa fille physiquement dans le couloir.** » (HDJ, CH)**
- **« Elle [la mère] veut absolument rentrer dans la biberonnerie (les biberons étaient en cours de préparation). Maman a attrapé l'auxiliaire puéricultrice par le cou en disant que c'était sa dernière chance pour préparer des biberons car elle refusait le changement de lait prescrit par le médecin. Elle voulait qu'on prenne son lait habituel c'est pour cela qu'elle s'est emportée. Elle est sortie de la biberonnerie avec difficulté malgré l'insistance de l'auxiliaire puéricultrice » (Pédiatrie, néonatalogie)**
- **« Le patient vient au bar thérapeutique où le médecin psychiatre lui a prescrit depuis mars 2018 des restrictions horaires suite à agressions sur patients et soignants. Le patient est en rupture thérapeutique depuis [telle date]. Non-respect des horaires, comportement tyrannique (demande tabac, argent aux usagers qui n'osent pas le contredire, le patient s'invite chez eux. Depuis 1 semaine aggravation du comportement du patient : **paye difficilement ses consommations au bar thérapeutique, confusion, proposition d'ordre sexuel sur une infirmière.** Ce matin après rappel des horaires, la patient émet des réactions verbales violentes avec menace de passage à l'acte hétéro agressif envers un infirmier en quittant le bar et en menaçant du doigt : "toi, un jour, je te choperai ". [...] » (Psychiatrie)**

8- Drogue

Les signalements retenus dans ce point font état : de personnes qui se droguent seules, généralement en fumant du cannabis, mais parfois aussi à plusieurs et même en famille, tandis que

toute consommation est interdite dans les établissements (intérieur et parc) ; d'autres, qui venant pour un sevrage, vont manifester elles-aussi des réactions violentes. Ces produits stupéfiants aggravent la réaction de violences des patients ou d'anciens patients. C'est principalement le cannabis qui est évoqué dans les signalements, plus rarement la cocaïne, très peu d'héroïne ou d'autres produits stupéfiants. Il n'y a pas qu'en psychiatrie et dans le cadre de l'addictologie que l'on assiste à cette détention illégale et à l'usage de ce type de produits.²⁴

Si le fait d'empêcher de fumer du tabac dans les chambres ou dans d'autres espaces intérieurs est source de conflits (v. p. 60), le fait de rappeler qu'il est d'autant plus interdit de fumer du cannabis et même d'en détenir est encore plus propice à des conflits.

- **« Patient toxicomane qui a agressé verbalement l'infirmière quand elle lui a demandé de ne pas fumer dans la chambre et d'être présent dans sa chambre pour qu'elle puisse lui faire ses soins. Occupation de la salle de soins sans autorisation. Main-courante. »** (Chirurgie)

- **« Patient retrouvé en train de fumer du cannabis et de boire de l'alcool et écouter de la musique très forte dans sa chambre, quand le personnel a voulu lui expliquer que cela n'était pas possible, le patient a commencé à s'énerver, le ton est monté très rapidement sans qu'il se calme. Patient devenu menaçant et agressif verbalement et physiquement. Insultes toute la nuit et hurle dans sa chambre empêchant tout le service et les patients du 4^e de se reposer. Appel des urgences dans la nuit pour contention et traitement. »** (Orthopédie)

D'autres circonstances évoquent les violences par suite de consommation de stupéfiants ou par suite du manque, avec description de l'état physique et psychique des patients.

- **« Patient devant subir une intervention et ayant fumé du cannabis. Celui-ci s'énerve et menace de frapper le personnel lorsqu'elle lui donne les consignes pour sa sortie. »** (Autres, CH)

- **« Refus de prise médicamenteuse par la patiente. [...] Jets des cachets sur une IDE, tentative de passage à l'acte hétéro-agressive. [...] Menaces répétées de passage à l'acte hétéro et auto-agressif, insultes, menaces de mort => contention physique avec renforts. [...] Face aux coups portés, la patiente est de nouveau contentionnée physiquement en chambre. [...] Avant son transfert, elle verbalise avoir clashé suite à une consommation de toxiques (cocaïne) fourni par le patient d'un autre pavillon. [...] »** (Psychiatrie)

- **« Un patient est exclu pour détention de cannabis, comme le stipule le contrat de soins signé par le patient. Patient sorti le matin. Il rappelle la responsable infirmière, exige qu'elle lui rende le produit : refus de sa part explication donnée sur la procédure, le ton monte, le patient insulte la soignante, propos menaçant dit que nous allons nous recroiser. Renvoyé à sa démarche de soins, protection des patients hospitalisés. Notion de loi présente dans l'hôpital. »** (Psychiatrie)

- **« Patient très fermé en début de soirée, semble sous l'emprise du cannabis. Se plaint de douleurs gastriques dues à de la constipation. En demande de laxatifs, refusés et explications données. Patient complètement hermétique aux explications, montée de tension impressionnante. Patient refusant tout dialogue, insultant, menaçant avec une agitation psychomotrice importante. Ne sort pas de la pharmacie et exige des laxatifs, refusant les spasfons proposés en échange. Anxiété de refaire une occlusion. Insulte tout le personnel de l'unité et menace de passer à l'acte sur les soignants. Patient exalté, dans la toute-puissance, familier, hurle sur la soignante. Finit par prendre les traitements proposés et sortir de la pharmacie en tentant d'intimider la soignante. S'endort rapidement dans sa chambre par la suite. »** (Pharmacie, Psychiatrie)

²⁴ Voir aussi le point 1- reproche relatif une prise en charge, 1-1 personnes dans un état second, qui évoque plus des personnes qui, en raison d'une surconsommation avec en plus souvent une alcoolisation, vont ne plus être maîtresses d'elles-mêmes et de ce fait, avoir des réactions violentes.

- « [...] visite dans l'unité d'une patiente connue du service et sortie d'hospitalisation en HL [hospitalisation libre], celle-ci était sous l'emprise de multiples toxiques (selon ses dires : cocaïne, cannabis, ecstasy, alcool, benzodiazépines et neuroleptiques), difficultés d'élocution, insultes, très menaçante envers l'équipe soignante verbalement et physiquement, renverse le mobilier du bureau infirmier et du réfectoire. Une autre patiente qui était assise a reçu une chaise dans les jambes. [...] » (Psychiatrie)

- « **Provocation ++, tentative d'intimidation, injures envers les patients et le personnel soignant.** Intrusif dans les prises en charge des autres patients pour les blesser moralement. État d'agitation pendant le repas, tape son verre et provoque. **Pendant le coucher des autres patients, arrive dans le couloir avec des ciseaux coupés en deux, regard noir, ciseaux pointés vers les soignants un bout dans chaque main. Consommation de cannabis.** Peur, inconfort et sentiment d'insécurité niveau soignants et patients. Angoisse palpable au sein du service. Appel à la sécurité, Appel au PHG, injection Loxapac. Recadré. Récupération des ciseaux. [...] » (Psychiatrie).

- « Mme Y nous confie avoir fumé du cannabis, qui lui avait été donné par un autre patient. Par la suite, son comportement change, elle ne se sent pas bien, et menace de se suicider. » (Psychiatrie)

On notera ce cas où c'est la famille qui fournit la dose individuelle du patient ! • « **Intervention de la police pour trafic de substances illicites dans le service. Une IDE a trouvé de la cocaïne dans les effets personnels d'un patient, apportée en visite par la famille. Le patient dispose d'une enveloppe avec sa consommation personnelle (méthadone et cocaïne).** » (Réa CCV)

9- Suicide et tentative

Si peu de signalements ressortent sur ce sujet délicat, il convient de soulever ces actes et leur contexte car, outre le mal que se font ces patients, ils engendrent une véritable violence psychologique sur les personnels qui assistent à une tentative de suicide ou qui constatent un suicide, avec un sentiment parfois d'échec dans la prise en charge, d'impuissance et d'angoisse. Il peut même exister une sorte de culpabilité chez eux, même quand la tentative de suicide était plus « un appel-à-secours » ou une sorte de provocation qu'un acte pouvant aboutir par manque de détermination.

Face à ces actes de détresse, il est difficile pour les personnels d'être vigilants à tout instant, tant parfois le passage à l'acte peut revêtir des formes soudaines, sans aucun signe avant-coureur. Les personnels et agents de sécurité-sûreté sont réactifs pour éviter au patient/résident d'attenter à sa vie. Toutefois un patient/résident déterminé à se suicider peut simuler que tout va bien et passer à l'acte rapidement.

- « **Patient évalué ce matin sans avis suicidaire par l'équipe psychiatrique. Hospitalisé en UHCD en attente de son transfert en secteur psychiatrique sans contrainte demandée.** À 11h50 l'alerte est donnée pour la disparition de ce patient. Après de sérieuses recherches le patient est retrouvé mort dans l'office de ce service, exsangue suite à une plaie par couteau au niveau du paquet vasculaire cervical droit, le suicide est déclaré indiscutable par le médecin. » (UHCD/UHTCD)

- « **En tant qu'administrateur de garde, je suis appelée pour une sortie non autorisée d'un patient tétraparésique du service UHCD. Ce patient, tétraparésique en fauteuil électrique, n'avait pas de critère de restriction de liberté et était déjà sorti du service à plusieurs reprises dans la journée en revenant à chaque fois. Il ne représentait pas a priori de danger ni pour lui, ni pour autrui.** [...] La cadre du service d'urgences m'a avertie à [telle heure] de sa disparition. Elle l'avait déjà cherché dans tous les services avec plusieurs agents sans le retrouver. [...] Appel à la police [...] Le patient est **retrouvé, à terre, sorti de son fauteuil, dans un escalier de l'établissement sur le palier entre les second et troisième étages.** [...] Le médecin m'informe que le patient a fait une tentative de suicide. » (UHCD/UHTCD)

- « Une patiente, en soins sans consentement bénéficiant d'une permission de sortie au domicile, se suicide dans la buanderie. **À l'annonce du décès, le médecin et les soignants sont très choqués.** » (Psychiatrie)

- « Patiente âgée qui a été admise [le 21 de tel mois] pour intoxication médicamenteuse volontaire. A été prise en charge par le service de Réanimation, puis devant l'amélioration de son état par le service de Pneumologie le 24. Elle est suivie par l'équipe de Psychiatrie et par une psychologue, suite à ces consultations son traitement anti-dépresseur avait été augmenté. Cette patiente est transférée le 04 du mois suivant en unité de soins palliatifs pour des antécédents de cancer avec refus de prise en charge. Elle refuse les traitements qui lui sont proposés sauf les antalgiques, et parle facilement de son désir de mourir. Le 06 du mois **à 2h00 du matin l'infirmière et l'aide-soignante passent dans la chambre tout va bien. À 4h15 alors qu'elles passent à nouveau dans les chambres, elles constatent que cette patiente s'est suicidée avec un sac plastique sur la tête.** [...] » (CH)

On tiendra compte également du fait que des patients/résidents répètent fréquemment et calmement qu'ils ont envie de mourir et/ou de se suicider, que d'autres font des menaces véhémentes de se suicider avec ou sans arme, et que d'autres enfin font du chantage au suicide, même si ce dernier point semble plus relever d'une forme de pression en vue d'obtenir un soin ou un service.

- « [...] Mise en chambre d'apaisement accompagnée de deux soignants, [la patiente] crache au visage d'un soignant avant de tout jeter dans la chambre d'apaisement et de se mettre nue. **Mimant une tentative de suicide en se jetant du lit.** [...] » (Psychiatrie)

- « Injures et menaces envers la secrétaire et **chantage au suicide.** Appel d'une patiente qui demande à la secrétaire de lui trouver une place en médecine pour un sevrage. [...] Pour en avoir discuté avec l'équipe, cette patiente **a déjà fait le même chantage auprès des infirmières du service.** » (Addictologie, CH)

- « **Patiente reçue par l'assistante sociale du service de drépanocytose qui, au cours de l'entretien, sort un couteau de grande taille en menaçant de se suicider. Intervention en nombre de la sécurité anti-malveillance et récupération rapide du couteau en possession de la patiente.** Maintien d'un dispositif à proximité en mesure d'intervenir en cas de besoin lors des entretiens faits par les assistantes sociales et les médecins. Patiente ayant tenté de fuguer à l'issue après avoir annoncé une nouvelle fois son intention de se suicider. A été récupérée et accompagnée au service des urgences où elle a été prise en compte. Situation psychologiquement compliquée qui a été très bien gérée par les médecins et assistantes sociales alors qu'elle aurait pu rapidement dégénérer, vu le comportement de la patiente. » (Unité de soins, CH)

- « Depuis une semaine, multiplie le harcèlement du CMP, **menace de se suicider après avoir mis le feu à son appartement et avoir cassé des voitures.** [...] **Comportement devenant de plus en plus fréquent chez ce patient. Multiples tentatives, entretien d'écoute, de contenance. Mise en place d'une SDRE ; réintégration du patient.** » (CMP)

Des menaces physiques et de mort contre les personnels, accompagnées de menaces de se suicider, sont parfois émises sans que la raison soit toujours apparente (pas de reproches particuliers au personnel ou à l'institution, etc.). Si le patient/résident est de surcroît dépendant (alcool, stupéfiants, etc.) ou dans un état second, la probabilité du passage à l'acte n'est pas facile à évaluer.

- « **Agitation du patient, tentative de sortie à l'insu du service, patient raisonné, devient agressif et menace de se suicider avec une fourchette. Il frappe les portes de sécurité pour sortir, il finit par sortir, et s'enfuit, l'équipe soignante tente de le rattraper il lance une pierre. Déclaration de sortie inquiétante auprès du commissariat central.** » (UHCD/UHTCD)

- « Depuis 2 jours, appels incessants du patient qui insulte et menace de mort l'équipe. Semble être alcoolisé et menace de se suicider. » (Psychiatrie)

- « Lors d'une fugue d'une résidente, une cadre de soins est allée la chercher, lorsqu'elle a essayé de discuter avec elle et qu'elle a voulu capter son regard, la résidente a donné un coup de poing sur la mâchoire à gauche. Appel aux pompiers pour ramener la résidente à l'EHPAD. Résidente délirante avec menaces de suicide. » (USLD/EHPAD)

Le cas qui suit a fait l'objet d'une médiatisation (intervention du RAID). Les patients présents ont été évacués. Le stress engendré est particulièrement fort dans un contexte de revendications et de manifestations.

- « *Patiente armée qui menace de se suicider avec son arme à feu dans le transit médecine. Découverte par une soignante, direction, police et RAID sur place à 13h30 pour essayer de solutionner la situation. Patients évacués vers des zones "sécurisées". Urgences fermées. 17h00, Interpellation de la patiente par le RAID. [...] Nous sommes tous choqués par ce genre d'évènement et malgré tout, nous devons continuer les soins et la prise en charge des patients, gérer nos émotions afin de ne pas créer un climat de panique pour les patients et leurs familles. Pourtant nous sommes les 1^{er} impactés physiquement et psychologiquement.* » (Urgences)

Le matériel utilisé à cette fin est parfois surprenant en raison du détournement de la fonction initiale qui en est fait. À la liste des objets servant d'armes pour frapper ou menacer autrui (v. p. 45), s'ajoutent ainsi de façon non exhaustive : bretelles, briquet et produit inflammable, câble du détecteur d'incendie tiré du plafond, câble du téléphone, fil dentaire, foulard, mouchoir dans la bouche, pantalon, sac plastique, verre de néon et de plastique pilés (ingestion),

Pour une tentative d'immolation par le feu ou d'étranglement avec des bretelles.

- « *Patient agité, dépressif et confus aux urgences. Propos agressifs envers le personnel. Sans prévenir, prend un flacon antiadhésif et le boit. L'aide-soignante arrive à lui enlever le flacon des mains. Prescription médicale de contention. Au bout de quelques minutes, le personnel sent une odeur de brûlé et constate que le patient s'immolait. Les soignants ont éteint le feu à l'aide d'eau. L'examen médical ne relève pas d'anomalies graves. Le patient sera hospitalisé en milieu sécurisé. Le matelas du brancard est brûlé.* » (Urgences)

- « *Patient qui présente des troubles délirants avec des idées noires et tentative de suicide depuis son entrée [...] a fait une tentative de suicide avec ses bretelles.* » (Gériatrie, court séjour)

Les actes suicidaires et leur gestion peuvent se retourner contre le soignant ou l'agent de sécurité-sûreté qui intervient. Le fait que le patient/résident ait manqué son acte et le fait qu'il soit en plus dans un état second rend d'autant plus délicate et difficile le sauvetage. Des violences physiques sur eux et des dégradations de matériel peuvent s'en suivre. La sécurisation des lieux est un élément important pour éviter le passage à l'acte.

- « *Arrivées vers la chambre de la patiente avec AS, lors du tour de soins, celle-ci avec un couteau à la main, légers saignement au niveaux des bras, délire +++ avec hallucinations et persécutions, voit des personnes dans sa chambre et entend des voix inexistantes. Nous menace avec couteau, éjecte tout ce qui lui tourne autour dans notre figure, dont objets tranchants, coupants : couteau, assiette, couverts, souhaite que l'on la laisse tranquille et que l'on sorte de sa chambre. Refus catégorique de toute discussion. [...] Pense que l'on voulait son mal. [...] Surveillance accrue de la patiente et de son comportement, car risque de se mettre en danger +++. Négociation avec la patiente, lui parler calmement, avec contrôle de l'environnement +++. Aller dans son sens afin de gagner sa confiance et surtout mettre la main sur tout objet dangereux, mettant en danger la sécurité de tous. [...] => Arrivée du MDG + cadre => possibilité et ouverture à la discussion : la patiente verbalise son souhait de se suicider et de se jeter par la fenêtre, mais un côté de la fenêtre était scellée. => collaboration et négociation avec la patiente + saisie des objets dangereux et mise en place des thérapeutiques selon prescription médicale. Discussion calme avec réassurance de la patiente.*

Nettoyage et rangement de l'environnement. Les deux côtés de la fenêtre ont été scellés. Réinstallation de la patiente. Celle-ci se montre moins agitée, plus calme. » (Unité de soins, CH)

- « *Patiente qui tente de se suicider dans la douche de la CSI, mon collègue qui intervient mais se fait agresser (frapper, mordre, cracher dessus) par la patiente. Je viens l'aider, et la patiente m'agresse à mon tour. Remise en CSI, puis dans les 5 min, patiente qui tente de se noyer dans les toilettes. Aide immédiate auprès de la patiente, qui à nouveau nous agresse (frappe, mord, crache), obligation de la contenir à l'aide de la sécurité et de l'équipe de crise. Puis pendant 2h patiente violente +++ et agitée +++.* » (Psychiatrie)

- « *Lors d'une intervention SMUR pour TDS [tentative de suicide] à l'arme blanche. La victime est catatonique puis soudain accès d'agitation contre les personnes présentes et a essayé de se jeter par la fenêtre. Pendant la phase d'agitation la victime a frappé le personnel soignant et l'ambulancier présent.* » (SMUR)

Les Urgences accueillent des patients, très souvent sous l'emprise manifeste d'alcool, conduits par les services de secours ou les forces de l'ordre ou venant de leur propre chef, qui ont fait une tentative de suicide ou qui menacent de se suicider. Leur prise en charge est également très délicate, d'autant que certains, après une première tentative, en viennent parfois à menacer de nouveau de se suicider et font preuve alors de violences envers le personnel mais aussi envers le public présent.

- « *Les sapeurs-pompiers amènent un patient très alcoolisé pour menaces suicidaires. Sur les lieux de l'intervention, la BAC a dû être mobilisée pour aider à maîtriser l'individu. Arrivé au SAU le patient est toujours agité, il menace l'infirmier d'accueil. Installé dans un box dans l'attente de sa prise en charge médicale, le patient continue à être menaçant envers le personnel soignant. Il se lève du brancard, arrache l'ordinateur fixé au mur, ainsi que le négatoscope, il urine dans l'unité centrale mise à terre, casse un chariot à plâtre et tente d'allumer la prise d'oxygène avec son briquet.* » (Urgences)

- « *À l'accueil des urgences, un patient alcoolisé et en état suicidaire a sorti une arme semblant être factice et a menacé l'ensemble des personnes se situant dans la zone d'accueil. Plusieurs patients apeurés ont contacté l'accueil et certains ont appelé directement la police. Intervention des forces de police.* » (Urgences)

10- Atteinte au principe de laïcité²⁵

Les réactions des professionnels sont diverses au regard de ces atteintes par des patients et accompagnants : pour ne pas envenimer la situation certains professionnels acceptent l'atteinte ou un assouplissement à ce principe, d'autres non. Vexations et humiliations ressortent des commentaires. Quoi qu'il en soit, ces situations sont très peu signalées, déjà du fait que cet item n'a été introduit que courant 2017, mais aussi en raison de la sensibilité du sujet (éviter une médiatisation). Elles peuvent être l'occasion de violences verbales, de menaces ou encore de violences physiques.

On relève ces différents cas : le conjoint refusant que sa femme soit examinée par un homme. La femme qui refuse d'être examinée par un personnel masculin. Celle qui vient entièrement voilée. L'homme qui refuse de se faire soigner par un personnel féminin et même de parler à une femme ou qui, obligé, se comportera de façon à la rabaisser au point de le lui faire sentir par la parole et par les gestes. Des patients ou accompagnants qui affichent leurs convictions religieuses ostensiblement et veulent imposer des règles de fonctionnement au sein de l'institution contraires au principe de laïcité. Des patients qui suspectent le médecin ou le soignant de vouloir faire des actes en fonction de sa religion.

²⁵ Voir à cet égard le *Guide de la laïcité et la gestion du fait religieux dans les établissements publics de santé* (2016) <https://solidarites-sante.gouv.fr/dgos-onvs-documentation-pratique> et la circulaire du 15 mars 2017, ministère de la fonction publique, relative au respect du principe de laïcité et de l'obligation de neutralité par les agents publics. <https://solidarites-sante.gouv.fr/dgos-onvs>

- « **Le praticien** venait de terminer la prise en charge de l'enfant relevant de l'urologie pédiatrique, et alors qu'il proposait une attitude thérapeutique chirurgicale, **s'est vu rabrouer par le père, au motif que cette prise en charge était dictée par ses convictions religieuses. Le praticien a tant bien que mal tenté de lui expliquer qu'il n'y voyait pas de rapport. Le père a continué à lui proférer des paroles blessantes ayant trait à ses origines maghrébines et sa religion. Le praticien très vexé, blessé et humilié publiquement a mis fin à la conversation.** » (Pédiatrie, néonatalogie)

- « **Enfant X hospitalisé depuis 2 jours dans une chambre double occupée. Ce jour, pour le fonctionnement du service, enfant muté à 19h dans une autre chambre occupée par un autre enfant accompagné de ses parents. Papa de X mécontent de devoir passer la nuit auprès d'une femme, se plaint agressivement auprès de l'équipe du soir qui fera appeler au service de sécurité de l'hôpital. [...]** pendant la relève, la voisine de chambre sonne, je vais lui répondre et **la maman de X me dit en montant le ton : "l'hôpital est devenu un lieu d'échangisme, vous mélangez les hommes et les femmes dans un but bien précis, vous ne faites pas attention aux religions". [...]** » (CH)

- « **Jeune femme entièrement voilée (voile intégral)** présente dans le service. Visite le compagnon de sa mère (qui est présente également et qui a posé des problèmes de comportement à l'équipe soignante le week-end). **Habilleme nt non réglementaire en France, espaces publics.** » (Addictologie, CH)

- « **Un mari refuse que sa femme soit examinée par un sage-femme Homme. Il devient très agressif et agité. Les agents de sécurité interviennent et après discussion, retour au calme. La patiente reste sur place et le mari retourne chez lui. Une FEI va être faite par le SF Homme.** »

- « **Le conjoint est devenu très agressif au début de la consultation. Au départ à cause du temps d'attente, puis très rapidement il devient agressif du fait que l'interne est un homme et qu'il ne veut pas que sa femme soit examinée par un homme. [...]** La patiente elle, souhaite être examinée. [...] La sûreté est appelée et a évacué ce conjoint à l'extérieur avec interdiction de revenir dans le service, il a continué à menacer l'interne de vengeance. » (Gynécologie, obstétrique, maternité)

- « **Un patient étranger du service "Maladie infectieuse soins de suite" en provenance d'un hôpital [de telle région] a tenu durant les 2 jours qui ont suivi son arrivée des propos inadaptés en faisant des références religieuses islamiques. Il a été recadré par l'infirmier de nuit sur ce point. [...]** il s'est tenu nu devant la fenêtre en criant des prières. **Une soignante lui a demandé ce qu'il avait et il a déclaré qu'il avait envie de baiser. [...]** s'est mis à crier, nu sur le rebord de la fenêtre. **Une infirmière et une aide-soignante ont alors attrapé le patient, le repoussant sur son lit. Celui-ci a alors plaqué successivement les deux soignantes en essayant ensuite d'en déshabillant une et en frottant son sexe contre elle. Cette dernière a réussi à mettre le patient au sol et à le trainer dans le couloir. Il a alors été maintenu au sol par l'équipe présente et le garde du parc arrivé en renfort. Le patient se masturbait durant le déroulement de l'évènement. Il a été mis sous contention physique et chimique. Le garde du parc a reçu un coup sur le nez et les deux soignantes ont eu une douleur à l'épaule et un hématome au coude. Des médecins sont venus en renfort et le patient a été re-transféré vers son hôpital précédent. Les deux soignantes ont déposé une main courante à la gendarmerie. L'équipe du service ayant été interrogée, il s'avère que le patient avait demandé à une ASH de le masturber (ce qu'elle n'a pas fait). Main-courante.** » (SSR)

Un certain prosélytisme religieux peut aussi être l'occasion de tenter de récupérer de l'argent.

- « **Présence de 3 femmes dans deux chambres de patients représentant [une mission évangélique] déposant des plaquettes d'information, remettant une Bible et demandant de l'argent.** » (Médecine)

✓ **Remarque 8** **Signes d'une radicalisation violente** ²⁶ Au-delà de l'atteinte au principe de laïcité, il y a ceux qui vont menacer et même frapper des personnels en justifiant leur comportement violent en référence à une idéologie extrémiste à contenu politique, social ou religieux. On peut y voir alors les signes d'une radicalisation violente. Il faut déterminer si c'est par pure provocation, sous l'effet d'un état second, d'un état de crise ou encore par apologie et par véritable adhésion. C'est pourquoi il est essentiel, en cas de telles évocations, que les établissements se rapprochent dans les plus brefs délais des services de la police nationale ou des unités de la gendarmerie nationale.

- « Un individu déposé aux urgences par la Police et les Pompiers a été contentonné. Il a réussi à se libérer partiellement, il a insulté les soignants, **il a indiqué avoir prêté allégeance à l'EI et a menacé de mort 2 IDE. Plainte** » (Urgences)

- « [...] Elle tient des propos délirants, mais aussi à caractère religieux « j'ai des kalachnikovs, je vais tous vous kalasher, je vais vous tuer », « je suis l'Afghanistan », « je suis l'Islam », prononce des phrases en arabe et profère des insultes envers les soignants. [...] » (Psychiatrie)

- « [...] alors que l'infirmière allait lui faire une prise de sang **le patient a hurlé "ne me touche pas, moi je suis un homme dangereux, je viens [de tel pays], toi tu es une femme donc moi je peux" et il a mimé le signe d'égorgeement. Il s'est approché d'elle avec un regard intimidant et par peur elle a reculé et quitté la chambre. [...] Patient très difficile avec les personnels, autoritaire, irrespectueux (urine et défèque au sol) tente l'intimidation en montrant de doigt, tutoiement déplacé, claque des doigts au visage des personnels féminins, refus de soins, des prises de sang. Plainte déposée.** » (Unité de soins CH)

11- Automutilation

C'est également à la demande de soignants que cette rubrique a été ajoutée. Il s'agit comme pour cette dernière d'une violence d'un patient/résident sur lui-même qui affecte psychologiquement les soignants et qui peut se retourner contre eux lorsque ceux-ci protègent le patient du mal qu'il se fait. (Concernant celle que se fait un mineur, v. p. 119)

- « À 16h30, alors que nous étions en train de servir les goûters en chambre au patient dont les contrats de vie le stipulent, Monsieur X est trouvé en train de se frotter le visage contre les murs puis le matelas de son lit. Devant un risque important d'automutilation (démarbraison profonde et de surface importante) nous sommes intervenus (2 ide+1 AS) pour faire cesser ces agissements. À notre entrée dans la chambre, le patient s'est alors retourné contre nous, tentant de mordre et de griffer. Aussi et afin de préserver l'intégrité de tout un chacun, nous nous sommes trouvés contraints de déclencher une alerte DATI. Le patient est alors contenu par 4 avec injection protocolaire et PH de garde prévenu. » (UMD)

- « Passage à l'acte auto-agressif à type de **brûlures de cigarette** aux alentours de 15h : peu loquace, tension interne ++, peu accessible à la relation. Nettoyage antiseptique + ttt SB réalisés. Puis quelques minutes plus tard vers 15h30, crise clastique avec agitation psycho-motrice +++ avec lancé de tables et de chaises dans la salle commune, cris -> PTI, contention physique par soignants car tentative

²⁶ « La radicalisation est un processus par lequel un individu ou un groupe adopte des vellétés de violence, directement liées à une idéologie extrémiste à contenu politique, social ou religieux qui conteste l'ordre établi sur le plan politique, social ou culturel. » Guide interministériel de prévention de la radicalisation, mars 2016, p. 7. <https://www.cipdr.gouv.fr/wp-content/uploads/2018/02/guide-interminist%C3%A9riel-de-prevention-de-la-radicalisation-Mars-2016.pdf>

Les trois critères cumulatifs de la radicalisation violente sont : Un processus marqué par des ruptures comportementales ; L'adhésion à une idéologie extrémiste ; L'adoption de la violence (risque de passage à l'acte, soutien, apologie). La radicalisation ne doit pas être confondue avec la pratique rigoriste de la religion ou avec le fondamentalisme.

hétéro-agressive à l'encontre des soignants. Avec les renforts, patiente accompagnée en chambre et installée au lit : agitée ++ avec auto/hétéro-agressivité, frappe les soignants. L'interne du service à ce moment-là a injecté une dose du Loxapac pour détendre la patiente. » (Unité de soins, Psychiatrie)

- *« Mme Y a attrapé des punaises afin de se blesser. L'AS a pris les mains de la patiente pour éviter qu'elle se blesse, et Mme Y a griffé et essayé de mordre l'AS. » (USLD/EHPAD)*
- *« Violence physique d'un patient qui essaie de se couper avec un rasoir, l'agent intervient pour l'en empêcher, il lui envoie la poubelle et l'attrape violemment en lui tordant le pouce. » (Médecine)*

Pour un cas où un patient a donné les moyens à un autre patient de s'automutiler.

- *« Dans un contexte de tension et de provocation à l'encontre de l'équipe soignante, **un patient X actionne sans raison l'alarme incendie en brisant violemment la vitre du boîtier**, le rendant hors service. Le système d'alarme incendie se déclenche. À la suite de quoi, **recupère un bout de verre et le donne à une patiente afin qu'elle puisse se scarifier. Cette dernière se présente un peu plus tard à la pharmacie ; elle s'est scarifiée le dessus du bras gauche.** Surveillance générale informée : ouvrier d'astreinte prévenu, lors de son intervention il nous informe que le boîtier est hors d'usage car X l'a cassé en frappant. Soins fait à la patiente. **Appel du Médecin de Garde. Entretien pour reposer le cadre, X est peu accessible, sa crainte étant d'aller en pavillon fermé (pas de place ce jour-là).** » (Unité de soins, Psychiatrie)*

12- Autres

Seront abordées uniquement ici **les prises de vidéos et d'enregistrements sonores.**

Il s'agit là de moyens pour faire pression sur les personnels afin d'obtenir gain de cause dans le cadre d'un soin ou d'un service ou encore pour dénoncer des comportements que les patients/résidents ou accompagnants considèrent comme une mauvaise prise en charge, voire de la maltraitance. Outre les personnels filmées, des auteurs vont même jusqu'à filmer d'autres patients et parfois même dans des lieux de soins, faisant fi du respect de l'intimité et de la confidentialité dont doivent bénéficier les autres patients et les personnels soignants. La menace de mettre sur les réseaux sociaux est brandie. Parfois c'est le cas. La menace d'envoyer à des chaînes d'infos est également brandie.

- *« **Prise en charge du patient X pour une plaie, accompagné par deux amis au comportement agressif avec cris, revendications au lit du patient. Ils filment les locaux, le personnel et le patient malgré l'interdiction.** Les mesures immédiates prises : l'agent de sécurité présent sur place demande aux messieurs de se calmer et s'impose physiquement (**voir vidéo sur Facebook**). [...] » (Médecine)*
- *« **Patient a filmé l'aide-soignante et mis sur Youtube. Plainte.** » (Urgences)*
- *« **Lors de la réalisation d'une prise de sang chez un nouveau-né le jour de sortie, le père me filme sans mon autorisation et lorsque je m'en aperçois et lui fais part posément de mon refus d'être filmée, il continue en me disant qu'il ne m'a pas demandé mon avis et que rien ne l'en empêche dans la loi française. J'insiste deux fois car cela me rend mal à l'aise et m'empêche de me concentrer, il persiste. De plus il me demande sur la vidéo si j'ai réussi, si la ponction veineuse est faite, cela en me filmant.** Je termine le soin ; le dépistage est fait, l'enfant n'a pas pleuré ni montré de signe d'inconfort. [...] Je n'ai pas pu dialoguer normalement avec ce papa, il était d'emblée fermé à toute discussion et ne m'a pas laissé le choix. J'avais peur aussi qu'il m'agresse physiquement car il avait une carrure imposante et un ton qui m'a semblé menaçant. » (Gynécologie, obstétrique, maternité)*
- *« **Nous commençons notre tour de la nuit par ce patient car d'après les transmissions, il était impatient d'avoir la réfection de son pansement. [...] Je croise le patient dans le couloir, lui propose***

d'aller refaire le pansement [...]. Le patient refuse tout car il a décidé de faire son pansement tout seul. [...] s'est filmé en train de faire ses soins et a envoyé la vidéo à sa sœur. Appel téléphonique de la sœur du patient qui insiste d'emblée pour avoir mon nom, je refuse de lui donner au vu du ton qu'elle emploie et lui dis que je suis l'IDE. Elle me dit qu'elle enregistre l'appel, m'accuse de maltraitance car son frère a fait ses soins tout seul. [...] » (Chirurgie)

✓ **Remarque 9** **Comment concilier le droit à l'image et le droit à l'information ?** La conciliation de ces deux droits n'est pas aisée. Aussi, face au dispositif législatif et réglementaire existant il est intéressant de noter que la **Cour de Cassation**, dans un arrêt de 2015, considère que la diffusion d'une vidéo, sur le blog d'un particulier, de l'image d'un agent des impôts, sans son consentement, qui procédait à un contrôle fiscal, constituait une atteinte au droit à l'image lui ouvrant droit à des dommages-intérêts. On retiendra particulièrement cet attendu : *« Mais attendu qu'ayant retenu, par motifs propres et adoptés, que rien ne justifie que le visage du fonctionnaire de l'administration des impôts procédant à un contrôle fiscal soit diffusé et soumis à la curiosité du public, sans son consentement, hors les cas où il viendrait illustrer avec pertinence soit un événement d'actualité, ce que n'est pas un tel contrôle, qui procède d'une pratique courante, soit un débat d'intérêt général, dans la définition duquel n'entre pas l'opposition d'un contribuable à sa réalisation, la cour d'appel a légalement justifié sa décision. »* Il reste à savoir si les notions d'« événement d'actualité » ou encore de « débat d'intérêt général » seraient justifiées dans le cas d'un patient/résident ou d'un accompagnant qui filme un professionnel de santé pour dénoncer ce qu'il considère comme une mauvaise prise en charge ou une maltraitance, qui plus est circonscrite au seul cas de ce patient/résident et non à l'ensemble des pratiques d'un établissement ou d'un pôle d'un établissement. L'ONVS n'a pas eu connaissance à ce jour de décisions de juridictions civiles en lien avec une vidéo prise dans un établissement de santé.²⁷

Il arrive que les personnels, soutenus parfois par les services de sécurité-sûreté ou encore par les forces de l'ordre, obtiennent des auteurs qu'ils effacent les photos et vidéos enregistrées, mais ce n'est pas toujours sans difficulté et tensions supplémentaires. Des violences physiques ont lieu à cette occasion.

- *« Parents ayant filmé la prise en charge de leur enfant. À la demande de l'interne ont effacé la vidéo. » (Urgences)*
- *« À l'arrivée en séance de psychomotricité avec le patient, le père de l'enfant se montre mécontent et vindicatif envers la psychomotricienne au sujet des modalités de prise en charge de son enfant dans le service. Il menace verbalement la professionnelle de signaler aux autorités, le fait qu'on refuserait de prendre en charge son enfant. Il filme la professionnelle à 2 reprises et refuse d'effacer les vidéos comme elle le demande à plusieurs reprises. » (CMP)*
- *« Une personne admise pour des soins filmait pendant la prise en charge. Il a répondu affirmativement qu'il filmait, on lui a demandé d'arrêter, il s'est énervé et est devenu violent agressant physiquement l'aide-soignante. » (UHCD/UHTCD)*
- *« Patient récurrent filme le personnel de la gestion administrative aux admissions hôpital. Intervention de la sécurité qui lui fait effacer le film. Est reconduit à l'extérieur. » (Accueil, standard, CH)*

²⁷ Cour de Cassation, Chambre civile 1, 15 janvier 2015 - 13-25634.

Arrêt consultable sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?idTexte=JURITEXT000030114477>

Sur le droit à l'image et les textes de référence voir : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F32103>

Les établissements de santé (publics et privés) étant des lieux ouverts au public, l'article du code pénal concernant l'atteinte au respect de la vie privée (art. 226-1 et 226-2 du code pénal) ne peut pas s'appliquer, sauf pour la chambre du malade ou la chambre mortuaire considérées comme un lieu privé.

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.

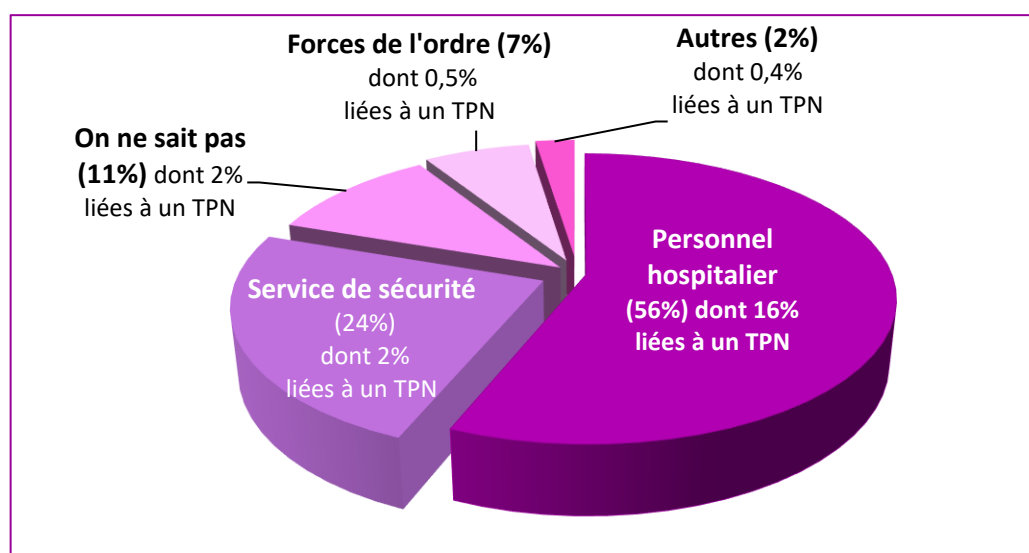
Tableau 14 et tableau 15. Intervenants dans le cadre des atteintes aux personnes et aux biens

Intervenants Atteintes aux personnes et aux biens	Nb	%	Intervenants	Atteintes aux personnes	%	Atteintes aux biens	%
Personnel hospitalier	13 044	56%	Personnel hospitalier	10 789	83%	2 255	17%
Service de sécurité	5 581	24%	Service de sécurité	4 033	72%	1 548	28%
Forces de l'ordre	1 527	7%	Forces de l'ordre	1 147	75%	380	25%
Autres	566	2%	Autres	434	77%	132	23%
Non précisé	2 490	11%	Non précisé	1 825	73%	665	27%
TOTAL	23 208	100%	TOTAL	18 228	78,5%	4 980	21,5%

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

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 ces interventions, en lien avec un fait dû à une pathologie, confirme la nécessité de renforcer les formations pratiques mais aussi la cohésion et l'esprit d'équipe entre les soignants.

Graphique 15. Répartition des interventions avec la prise en compte d'un TPN



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

■ **Les formations professionnelles pratiques** dispensées sur la gestion des tensions et de l'agressivité sont particulièrement importantes et se révèlent très utiles afin de mieux prévenir et gérer les moments de violence. Diverses méthodes existent localement ou au niveau national (voir conclusion). Il convient de trouver celle adaptée aux types de violences subies dans les structures, lieux et unités, car la violence est protéiforme et ressentie différemment par les personnels (soudaineté et imprévisibilité des violences, vulnérabilité de certains auteurs en raison de leur âge, protection des

victimes en raison de leur âge ou de leur handicap, etc.). **Ce sont souvent des méthodes mises en place par des soignants pour des soignants, donc pleinement en phase avec la spécificité « santé ».**

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 ou d'une équipe, 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.

Les personnels soignants et ceux de sécurité-sûreté qui suivent ces formations assurent qu'ils se sentent plus en confiance pour affronter d'autres situations difficiles. Ces formations vont de pair avec une formation sur la communication.

- *« **Personne suicidaire, agressive envers le personnel et dangereuse pour elle-même. Lorsque je me suis approché pour aider à la pose de la contention par le personnel soignant, le patient a essayé de me frapper. J'ai utilisé une technique de défense et l'ai maintenu jusqu'à la mise en place des contentions.** » (UHCD/UHTCD)*

Les signalements font état d'intervention des soignants allant jusqu'à désarmer des patients dans des situations très tendues ou violentes. Ils font preuve de courage et ont le sens de la protection de leurs collègues et des témoins.

- *« **Le patient est arrivé avec les pompiers, a sorti un cutter et a menacé de nous planter et ensuite de se mutiler. Nous l'avons maîtrisé afin de le désarmer de son cutter. Plainte, comparution immédiate.** » (Urgences)*

- *« **Sans raison apparente, un patient casse sa cuillère en inox, se lève et menace de mort l'IDE présent. Après une minute de négociation sans effet, il tente de lui assener un coup avec son arme au niveau du cou. Il arrive à esquiver, le désarme et le maîtrise au sol. Le patient est réintégré dans la CIT de force.** » (Psychiatrie)*

Des étudiants et élèves découvrent à leurs dépens les violences, sachant qu'ils n'ont pas de formation pratique sur le sujet. Ils peuvent être ainsi déstabilisés et ne pas avoir forcément la réaction adéquate. L'impact psychologique est parfois très fort et, dès lors, ces apprenants pourront se remettre avec difficultés de ces violences (voir aussi p. 116 concernant les violences par les mineurs).

- *« **Patient aux urgences, lors de la consultation, le patient s'approche de l'externe présente ce jour et tente de la toucher au niveau de ses parties intimes. Le patient est arrêté avant d'avoir pu effectuer son geste par le reste de l'équipe présente (médecin et infirmier). Impact psychologique du geste sur l'étudiante victime de l'agression et décision de déclaration d'accident de travail. L'externe ne souhaite pas déposer plainte cependant.** » (Urgences)*

- *« **Étudiante assise dans le forum de [tel service] avec un autre patient, en train de faire une activité. Une autre patiente se lève pour quitter la pièce. Se dirige vers l'étudiante pour lui donner un coup de poing au visage. Présence dans la pièce de nombreux soignants qui ne peuvent anticiper ce geste.** » (Psychiatrie)*

- *« **Étudiante 1^{ère} année, s'est faite agresser par le patient qui lui a mis un grand coup de pied dans les côtes, alors qu'elle était venue lui faire un soin. [...]** » (Unité de soins, CH).*

- *« **À plusieurs reprises, une patiente du service a insulté l'étudiante aide-soignante en stage dans l'unité. [...] Elle s'est trouvée en difficulté car elle s'est sentie agressée et n'a pas su comment réagir. Elle a l'impression de faire le maximum pour apporter du bien-être aux patients et ces insultes récurrentes l'ont marquée car elle s'est sentie rabaissée.** » (SSR)*

Sans aller jusqu'aux violences physiques, cette déstabilisation peut être le fait de certains patients/résidents et ou accompagnant n'appréciant pas que les soins soient dispensés par des personnels inexpérimentés puisqu'en formation et qui vont le manifester vertement. Sous la pression, l'erreur dans le soin est parfois imparable.

- « *Un patient arrivé en endoscopie installé sur le brancard. L'ESI se présente en tant qu'étudiante, nous effectuons le recueil de données puis elle se prépare à perfuser le patient. Elle ne réussit pas sa perfusion, le patient se met en colère, je lui explique que nous ne pouvons pas réussir à 100% et que l'erreur existe notamment lorsque l'on est étudiant, de plus il ne s'était pas opposé à ce qu'elle le perfuse au moment des présentations. Il s'énerve et lui dit qu'elle n'est pas compétente, elle s'excuse [...] il explose de colère et nous accuse encore d'incompétence, que personne ne doit le "louper", il n'y a que des personnes diplômées qui doivent le "piquer", il nous propose de seulement piquer sur des rats pour plus tard revenir le perfuser, une agressivité verbale sans fin. [...]* » (Bloc opératoire)

- « *Un examen diagnostique coronarien a été expliqué au patient et prévu par l'interne. Le patient et sa famille étaient d'accord ; le jour de l'examen le patient refuse catégoriquement (malgré les bénéfices/risques réexpliqués par l'interne) au titre d'un mauvais relationnel avec les aides-soignants le matin même. [...] Finalement le lendemain le patient est d'accord pour passer l'examen mais il est trop tard et le CHU ne peut proposer des créneaux que la semaine suivante. L'épouse de M. se montre peu coopérante, voire vindicative, et critique ouvertement le personnel tant médical que paramédical : "vous n'êtes pas un vrai médecin, je veux en voir un autre" [...]* » (Médecine)

■ **Le personnel de sécurité-sûreté** intervient en appui ou en initiative. Sa bonne connaissance des lieux et de l'environnement, la bonne entente et une connaissance mutuelle des contraintes entre ces agents et celles des autres personnels constituent des éléments essentiels pour assurer une sécurité de qualité, créer une forte cohésion surtout dans les cas les plus violents, et parvenir ainsi à garantir au sein de l'établissement un niveau de sécurisation qui permette de travailler sereinement.²⁸ Ils sont en quelque sorte les garants de « la tranquillité publique » dans les établissements car certaines atteintes aux personnes et aux biens ne sont pas forcément du ressort des forces de l'ordre, de même que le temps que les forces de l'ordre arrivent, ils doivent eux aussi gérer des situations complexes et périlleuses. 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 dans ce rapport dans les divers chapitres. Nous renvoyons au focus du Rapport 2019 (données 2018), pp. 110-115, Les agents de sûreté et de sécurité : un travail indispensable au bon fonctionnement des établissements.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_onvs_2019_donnees_2018.pdf

Tout comme les soignants, ils font aussi l'objet d'agressions.

- « *L'accompagnant d'un patient est invité par l'agent de sécurité présent à s'inscrire afin de pouvoir rejoindre la personne avec qui il est arrivé - l'homme lui porte plusieurs coups de poing au visage - les pompiers et la Police présents aux urgences le maîtrise - l'auteur quitte le service encadré par la Police. Plainte.* » (Urgences)

- « *L'agent de sécurité était en train de fumer quand il a été interpellé par un individu lui demandant une cigarette, l'agent a refusé et l'individu l'a insulté en lui disant qu'il allait le planter. L'agent n'a pas répondu et il est revenu à son PC, pensant qu'il allait se calmer. [...] Quelques minutes plus tard l'agent de sécurité est ressorti de son PC et l'individu s'est jeté sur lui, l'agent a esquivé, malgré cela il a reçu un coup sur l'œil gauche. Le chef d'équipe a immédiatement protégé l'agent et prévenu l'officier de permanence et les forces de l'ordre qui sont arrivés et ont maîtrisé l'individu.* » (Urgences)

²⁸ Certains établissements, outre une formation pour faire face à l'agressivité verbale et physique, font suivre à leurs agents sécurité-sûreté une formation d'Agent de Médiation Information Services (AMIS), titre professionnel de niveau V.

■ **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 psychologiquement, sont éprouvés et ressentent un stress post-traumatique quelques jours, voire quelques semaines après. Certains établissements offrent également la possibilité à des résidents traumatisés par des événements de violence de rencontrer un psychologue.

✓ **Remarque 10** **L'épuisement et la souffrance psychologique face à des situations difficilement gérables sur le long terme.** L'épuisement professionnel et la lassitude face à des comportements violents touchent de plein fouet les personnels qui font part d'un découragement dans les signalements. Un sentiment d'impuissance est révélé et donc un sentiment d'échec face à la mission de soin. Une des réponses dans ce soutien, comme l'ONVS a pu le constater dans certains établissements, consiste aussi pour la DRH à proposer une mobilité au sein des diverses structures de leur établissement avec parfois une formation à la clé. Cela évite que le professionnel reste toujours au même endroit avec les risques inhérents que cela peut engendrer (dont de la maltraitance involontaire) et la démotivation qui peut s'ensuivre. Cela permet à l'agent d'envisager de nouvelles perspectives professionnelles.

■ **La part d'intervention des forces de l'ordre** est relativement peu élevée. En ce qui concerne les atteintes aux personnes, si cette intervention concerne des cas graves, il arrive également que les forces de l'ordre interviennent pour régler des conflits (groupes, menaces, personne interdite de visite en maternité, etc.). 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. On notera également un grand nombre de signalements concernant tout l'intérêt de la présence des forces de l'ordre dans les établissements, permettant de mettre fin à des débordements.

✓ **Remarque 11** **Délais d'intervention des forces de l'ordre et déplacements.** Des rencontres sur site et des signalements, il ressort que les délais d'intervention sont parfois très longs à la suite d'un appel pour une situation que les personnels de santé ou encore les agents de sécurité considèrent comme dangereuse pour eux-mêmes ou pour autrui. Ces personnels font part également de refus d'intervention ou encore de décisions difficilement compréhensibles de ne pas voir conduit au commissariat de police ou à la brigade de gendarmerie la personne qui a été arrêtée, de refus de prise de plainte ou de la prise d'une main courante uniquement alors que l'agent a bien été menacé ou outragé.

Afin de résoudre l'ensemble des difficultés, parfois sources de tension entre les établissements et les partenaires institutionnels chargés de l'ordre public et des poursuites, l'ONVS insiste à nouveau sur l'intérêt de bien envisager l'ensemble des thématiques à régler lors de la mise en place de la « convention santé-sécurité-justice »²⁹. Cette convention a vraiment pour but de favoriser une connaissance mutuelle et pragmatique permettant de découvrir le quotidien, les impératifs et les difficultés des uns et des autres et de faciliter les interventions pour la meilleure efficacité possible.

En ce qui concerne les interventions des forces de l'ordre en établissement psychiatrique appelées lors d'une crise de violence de patients, voir p 130 et remarque ✓23.

Enfin, il arrive que des patients maîtrisent des individus dangereux (patients, visiteurs, autres) avec ou sans arme ou s'interposent pour mettre fin à des situations conflictuelles ou violentes.

²⁹ Voir note 7, page 8. Pour une convention cadre signée par l'ARS Normandie, la préfecture de Rouen, les parquets généraux de Rouen et de Caen (9 avril 2019) et pour une convention spécifique concernant un établissement psychiatrique (CH Guillaume Régnier, Rennes, mars 2020) : <https://solidarites-sante.gouv.fr/dgos-onvs-documentation-pratique>

II.5 Les suites données

Les signalements de violence par les établissements ont donné lieu à **1 942 plaintes et à 234 mains courantes** dont 482 plaintes et 46 mains courantes déposées par les établissements eux-mêmes. Les établissements n'ont pas forcément communication par les agents victimes de violences, non seulement du fait de savoir s'ils ont déposé une plainte ou une main courante, mais encore de la suite judiciaire de la plainte. Il faut donc relativiser ces données d'autant que dans 60 % des cas (soit 14 170 autres signalements) l'information sur les suites données n'est pas renseignée.

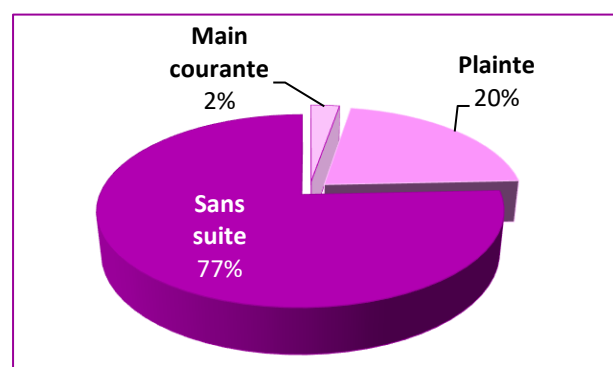
52% des plaintes (soit 1 006) concernaient des faits d'atteintes à la personne :

- ✓ 203 pour des faits de niveau 1 (injures, etc.),
- ✓ 266 pour des faits de niveau 2 (menaces, etc.),
- ✓ 485 pour des faits de niveau 3 (violences volontaires, etc.),
- ✓ 52 pour des faits de niveau 4 (violences avec arme, etc.).

Tableau 16. et Graphique 16.
Suites données aux signalements de violence

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

Mains courantes	234
Plaintes	1 942
Signalements n'ayant donné lieu à aucune démarche judiciaire	7 434
TOTAL	9 610



Sur les 1 942 plaintes, les suites sont ignorées pour 1 073 d'entre elles (55%).

Sur les 211 plaintes dont les suites sont renseignées et connues par les établissements, on compte :

- ✓ 38 condamnations à des peines d'emprisonnement,
- ✓ 19 condamnations à des peines d'amende,
- ✓ 4 rappels à la loi.

✓ **Remarque 12** **Les réticences au dépôt de plainte des personnels de santé.** L'ONVS, lors de ses déplacements, constate une attitude, assez généralisée, des personnels de santé dans le fait d'exprimer de fortes réticences à s'engager dans un processus judiciaire. Les motifs peuvent être synthétisés de la sorte :

- empathie naturelle des soignants,
- peur de représailles,
- incompréhension que l'établissement ne puisse pas déposer plainte à leur place,
- temps d'attente très long pour déposer plainte,
- crainte de s'engager dans un processus judiciaire méconnu et parfois long,
- inutilité d'une telle démarche (l'auteur recommencera...)

En psychiatrie, cette réticence semble encore plus importante. À ce propos, l'ONVS renvoie de nouveau au rapport 2018 (données 2017), pp. 42-43, ✓ Remarque 9.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_onvs_rapport_2018_donnees_2017_2.pdf

II.6 Décisions de justice

Ce chapitre relate quelques suites pénales des dépôts de plainte ayant abouti à des condamnations pénales et civiles pour des auteurs d'atteintes aux personnes et aux biens violence rendues en 2019.³⁰ La réponse pénale tient compte de la personnalité de l'auteur, du type d'infraction et de la personnalité de la victime.

L'ONVS insiste de nouveau sur l'importance du dépôt de plainte par les personnels afin qu'ils soient restaurés dans leurs droits mais aussi dans leur dignité car l'humiliation et l'injustice subies par une agression génèrent souvent des sentiments de honte et de résignation chez la victime. Il est fréquent qu'elle ressente également une impression de solitude, d'où l'importance pour les établissements de rappeler et d'expliquer à leurs personnels l'existence de la protection fonctionnelle (fonction publique)³¹ ou de la protection juridique (secteur privé),³² dispositifs de soutien encadrés, qui sont de droit. Dans une circulaire de décembre 2000,³³ la DGOS en rappelait déjà l'importance et l'information qui devait être faite pour la porter à la connaissance des personnels. Il revient ensuite à la victime de la demander.

Ce soutien est d'autant plus important que le temps de la justice répond à des spécificités qui sont propres à son fonctionnement. Ce processus, parfois très long si l'affaire est complexe (expertises, contre-expertises, lentes consolidations des blessures, etc.), peut déconcerter, voire décourager sur le long terme les victimes à s'engager ou à poursuivre un processus de réparation judiciaire, et risquer de faire alors perdurer chez elles ce sentiment d'injustice. Les établissements pourraient utilement se rapprocher d'avocats spécialisés en droit pénal pour les aider dans ces affaires.

Les infractions 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

³⁰ Les faits peuvent avoir été commis parfois antérieurement à 2019. L'anonymat des personnes et des établissements est respecté.

³¹ **À PROPOS DE LA PROTECTION FONCTIONNELLE (AGENT DU PUBLIC).** « L'agent public bénéficie de la protection fonctionnelle s'il est victime d'une infraction à l'occasion ou en raison de ses fonctions. **L'administration doit protéger l'agent, lui apporter une assistance juridique et réparer les préjudices qu'il a subi.** La demande de protection fonctionnelle doit être formulée par écrit auprès de l'administration employeur à la date des faits en cause. » Source <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F32574>. Voir aussi note 51, p. 151 concernant la circulaire interministérielle du 2.11.2020 qui vient de rappeler aux employeurs publics les obligations de la mise en œuvre de cette protection.

À noter que pour le Conseil d'État « le principe général du droit consacrant le "droit à la protection" de l'État pour les agents publics prévaut sur les règles de réparation des accidents du travail. Par conséquent, l'employeur public doit réparer le préjudice subi par le praticien hospitalier dans le cadre de ses fonctions. » Source : La lettre de la DAJ n° 234, 20 juillet 2017, questions sociales, ministère de l'économie et des finances, ministère de l'action et des comptes publics, secrétariat d'état au numérique. <https://kiosque.bercy.gouv.fr/alyas/msite/view/lettre-daj/7623>

Conseil d'État, 5^e – 4^e chambres réunies, 30 juin 2017, n° 396908.

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do?oldAction=rechJuriAdmin&idTexte=CETATEXT000035091488&fastReqlid=885819323&fastPos=1>

³² **À PROPOS DE LA PROTECTION JURIDIQUE (AGENT DU PRIVÉ).** Voir la décision de la Cour de Cassation, Chambre Sociale, 5/7/2017, 15-13.702, <https://www.actualitesdudroit.fr/documents/fr/jp/j/c/civ/soc/2017/7/5/15-13702> et un commentaire de cet arrêt montrant un alignement de plus en plus proche de cette protection sur celle de la fonction publique. En effet, le pouvoir de direction et de contrôle des salariés placés sous la subordination juridique de l'employeur oblige celui-ci à garantir à ses employés la protection juridique à raison des actes ou faits qu'ils passent ou accomplissent en exécution du contrat de travail.

<https://www.actualitesdudroit.fr/browse/social/contrat-de-travail-et-relations-individuelles/8691/prise-en-charge-par-l-employeur-des-frais-de-defense-penale-d-un-salarie-poursuivi-pour-des-faits-lies-a-l-exercice-de-ses-fonctions>

En revanche, la protection juridique sera refusée (et donc la prise en charge ou le remboursement des sommes que l'agent a dû engager pour les besoins de sa défense) si des actes délictueux commis ou subis par l'employé n'ont pas eu lieu dans le cadre de la relation de travail. V. Cass. Ch. soc. 18/10/2017, 16-17.955. <https://www.legifrance.gouv.fr/juri/id/JURITEXT000035850653/>

³³ **CIRCULAIRE DHOS/P1/2000/609 du 15 décembre 2000** relative à la prévention et à l'accompagnement des situations de violence défini les grands axes d'une politique de prévention des situations de violence.

ou connue de l'auteur (art. 433-3 al. 2 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). La peine est aggravée (cinq ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende) en cas de menace de mort ou de menace d'atteinte aux biens dangereuse pour les personnes (art. 433-3 al. 5 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),

- **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).

- 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.,

Aucun jugement n'a été porté à la connaissance de l'ONVS pour :

- harcèlement moral et/ou sexuel (art. 222-33 du CP ; art. 222-33-2 du CP ; art. 222-33-2-2 du CP),³⁴

Décisions concernant principalement des atteintes aux personnes parfois avec arme

Enceinte extérieure de l'établissement

Les agents de sûreté-sécurité sont fréquemment confrontés à des intrus dans l'enceinte extérieure de l'établissement. Lorsque ceux-ci sont pris en flagrant délit de vols, les interpellations peuvent être violentes.

- **Dégradation d'un bien d'utilité publique et violences envers des agents de sécurité-sûreté.**

Un SDF, connu du service de sécurité, squatte régulièrement l'hôpital la nuit. Évincé une première fois, il est à nouveau repéré par un agent de sécurité et, avec le concours d'un renfort, reconduit à l'extérieur du bâtiment. Un peu plus tard, alors que le responsable de la société de gardiennage vient d'arriver sur site, vers 21h30, pour une visite de contrôle, il surprend le SDF qui vient de briser la vitre d'un véhicule de [tel hôpital] stationné sur le parking de l'établissement. Les agents se lancent à sa poursuite, le rattrapent et reçoivent des coups et des insultes, y compris de menaces de mort. Le premier agent est frappé à la tête, le second tombé au sol sur les genoux. La police intervient rapidement pour interpellier l'individu et le conduire au commissariat. Comparution immédiate pour dégradation ou détérioration de bien destiné à l'utilité ou à la décoration publique, violence sur une personne chargée d'une mission de service public suivie d'incapacité n'excédant pas 8 jours. Condamnation à deux mois d'emprisonnement assortis d'un sursis avec mise à l'épreuve pendant dix-huit mois avec exécution provisoire. Obligation d'exercer une activité professionnelle, suivre un enseignement ou une formation professionnelle, interdiction de paraître dans cet hôpital.

³⁴ Art. 222-14-3 du code pénal : « Les violences prévues par les dispositions de la présente section [sur les violences] sont réprimées quelle que soit leur nature, y compris s'il s'agit de violences psychologiques. »

✓ **Remarque 13** **La protection pénale d'un agent de sécurité d'une société privée travaillant en EPS.** Il est intéressant de noter que le tribunal a considéré que les deux agents de sécurité de la société de sécurité privée externe, travaillant alors pour le compte de l'hôpital public, étaient bien des personnes chargées d'une mission de service public. De ce fait, l'auteur est poursuivi sur la base de violences volontaires aggravées (art. 222-13 et s. du CP) et non sur la base de violences volontaires contre n'importe quel citoyen.

✓ **Remarque 14** **La peine complémentaire d'interdiction de paraître dans les lieux et ses limites.** Des établissements demandent et obtiennent du tribunal cette peine ou encore celle d'entrer en contact avec la victime. Deux limites toutefois à cette peine complémentaire :

- La sectorisation en psychiatrie qui, sauf cas particulièrement grave, ne permettra pas d'appliquer cette peine. L'auteur sera obligé de suivre des soins dans le même établissement où il a commis les faits contre un personnel de santé.
- En raison de soins urgents qui ne peuvent être différés (devoir d'humanité), un patient pourra être hospitalisé dans l'établissement où il est interdit de séjour.

- **Violences volontaires avec arme par destination.** Le vigile (société prestataire) a été agressé verbalement et physiquement par un individu qui fouillait dans les poubelles de l'unité centrale de restauration. L'individu lui a asséné un coup sur la face avec une arme par destination (raquette). L'agent a été déposé plainte au commissariat. L'individu interpellé a fait l'objet d'une comparution immédiate et a été condamné à un an de prison dont 6 mois fermes et une injonction de soins.

À l'intérieur de l'établissement

- **Étranglement à mains nues d'une interne (Urgences). Un patient admis aux urgences se dirige dans le couloir vers l'interne, Mme Y.** Alors que l'interne discutait avec une patiente, elle **tournait le dos au patient. Elle ne l'a pas vu arriver et n'a pas pu se défendre. Il la saisit à la gorge et l'étrangle. Mme Y est tombée en syncope immédiatement.** Mme Z et Mme A, infirmières, témoins de la scène, se sont précipitées sur le patient pour lui faire lâcher prise. Elles sont parvenues à le faire tomber au sol. Les autres soignants présents sont intervenus en renfort et finissent par lui faire lâcher prise. Un autre patient, témoin, donne l'alerte à l'entrée au secrétariat et demande de l'aide. Les forces de l'ordre présentes pour un autre motif en salle d'attente sont intervenues immédiatement. Mme Y, inconsciente, sera prise en charge par l'équipe médicale présente. Patient sera emmené en garde à vue à la Gendarmerie. Mme Z souffre d'un choc émotionnel et de lombalgie. Une déclaration d'accident de travail est établie. Elle sera en arrêt de travail de 24H. Mme A souffre également d'un choc émotionnel et de lombalgie. [...] Dépôt de *Plainte* En comparution immédiate, le mis en cause a été condamné à deux ans de prison, dont un avec sursis, et mise à l'épreuve pendant trois ans avec obligation de soins et d'indemniser la victime. En appel, il a été condamné à 3 ans d'emprisonnement dont 18 mois assortis de sursis avec mise à l'épreuve.

- **Violence aggravée par deux circonstances (état d'ivresse³⁵ et sur un professionnel de santé) avec ITT de plus de 8 jours, menace de mort réitérée en récidive.** Une IDE de la chirurgie orthopédique signale à 4h15 la présence d'un individu suspect. Les agents de sécurité vérifient à l'un des étages de l'établissement que cet individu, correspondant à un squatteur potentiellement agressif, ne se trouve pas dans un local désaffecté squatté. Le cadre de nuit signale au PC qu'il a trouvé l'individu dans l'escalier de ce même bâtiment à un autre niveau, l'individu l'ayant agressé violemment en lui fracturant le genou. Les agents rencontrent l'individu vers 04h30 au moment de rejoindre le cadre. Une course poursuite s'engage alors entre le fuyard et les agents de sécurité. Ces derniers sont prévenus par le PC

³⁵ Le fait pour un auteur d'être sous l'emprise manifeste de l'alcool ou de produits stupéfiants ne constitue pas une circonstance atténuante mais bien une circonstance aggravante. C'est les cas par exemple en ce qui concerne les violences ayant entraîné ou non une ITT de plus de 8 jours (art. 222-12 et art. 222-13 14° du code pénal) ainsi que pour les viols (art. 222-24 12° du code pénal) ou encore pour les agressions sexuelles autres que le viol (art. 222-28 8° du code pénal) et celles commises sur un mineur de quinze ans (art. 222-30 7° du code pénal).

que le cadre de nuit a été blessé par l'individu. Agissant dans le cadre de l'article 73 du CPP et en état de délit flagrant, l'agent de sécurité Y parvient à amener au sol le fuyard qui se débat alors que son collègue agent de sécurité lui porte assistance. Voyant que l'interpellé tente de prendre un objet dans sa poche ou dans son sac, il effectue une clé de bras afin de l'immobiliser. L'individu est conduit au bureau de médecine légale des urgences afin d'y attendre les forces de l'ordre. L'individu s'est débattu pendant toute l'intervention et a proféré des menaces de mort envers l'agent de sécurité (« *je reconnaitrai ta tête de chauve, je vais te crever, on va faire un face-à-face, je reviendrai à l'hôpital te crever* »). L'agent de sécurité a dû repousser par trois fois au moins les assauts de l'individu, qui a été interpellé à 05h15 par la Police Municipale. Il a continué à proférer des menaces à l'encontre de l'agent de sécurité à son départ. [...] L'agent de sécurité a été blessé au dos et a été admis aux urgences où le médecin lui a prescrit un arrêt de travail de 3 jours. Le cadre de nuit devra être admis au bloc, son genou étant fracturé (ITT de 10 jours et AT de plus de 15 jours). Dépôt de *Plainte* Comparution immédiate. Mis en cause condamné à un emprisonnement délictuel de 18 mois. Peine complémentaire : interdiction de paraître dans le centre hospitalier durant 5 ans, interdiction de détenir ou de porter une arme soumise à autorisation durant 5 ans.

✓ **Remarque 15** **Le délit de menace contre un professionnel de santé : une seule menace suffit.** À la différence de l'article 222-17 du CP (menaces contre les particuliers), l'article 433-3 du CP n'exige ni réitération, ni matérialisation par un écrit, une image ou tout autre moyen pour que l'infraction de menace physique ou de mort soit constituée contre un professionnel de santé. L'utilisation d'un seul terme de menace suffit. En l'occurrence, le terme « *je vais te crever* » a été répété, d'où la réitération retenue comme circonstance aggravante. Ce point est parfois source d'achoppement lorsque des professionnels de santé vont déposer plainte auprès des forces de l'ordre pour menace physique ou de mort proférée dans l'exercice de leurs fonctions ou en raison de leur qualité apparente connue de l'auteur. Il arrive alors que la plainte soit transformée en simple main courante en raison d'une non réitération.

- **Violences physiques, injures, menaces de mort en état d'ivresse et sous emprise de stupéfiants (Urgences).** Un patient en salle de soins des urgences, admis à 6h42 amené par les pompiers pour ivresse et suspicion de consommation de drogue. Dans l'agressivité verbale, après des insultes, des menaces de représailles et des menaces de mort sur le personnel présent, à 9h04 a réussi à arracher ses contentions et agresser deux personnels paramédicaux avant de s'enfuir par l'escalier qui mène au SMUR. Le chauffeur SMUR surpris par ce patient très agressif, nu et incohérent, tente de lui faire regagner le service ; dans les escaliers le chauffeur est frappé au visage et en essayant de le maîtriser ils chutent dans l'escalier. Le chauffeur plaqué au sol est à nouveau frappé au visage, avant qu'un médecin et les agents du service de sécurité ne parviennent à le contenir en utilisant la force proportionnelle à la violence des coups de l'individu. Il continue à menacer de mort le personnel et les agents de sécurité eux et leur famille pendant la mise en place, à nouveau des contentions et cherchant encore à agresser l'infirmière présente. Un patient admis sous l'emprise de l'alcool et de drogue, a insulté menacé de mort plusieurs personnels hospitaliers, tenté d'étrangler une infirmière, et frappé le chauffeur du SMUR. Huit plaintes ont été déposées. Jugé en comparution immédiate, le patient a été condamné à 18 mois d'emprisonnement dont 6 mois de sursis avec mise à l'épreuve et 1 an ferme. Chacune des victimes a obtenu la somme de 300 euros au titre du préjudice moral et 200 euros au titre de l'art.475-1 du Code de procédure pénale à savoir les frais d'avocat. Le chauffeur du SMUR et un autre professionnel ont obtenu 800 euros de préjudice moral. Les intérêts civils pour leur préjudice physique seront jugés ultérieurement. Il est à noter que si le chauffeur a un arrêt de travail de 102 jours d'arrêt pour accident du travail, mais sans ITT mentionnée et alors que 5 jours d'ITT ont été attribués pour un autre professionnel.

- **Violence aggravée par deux circonstances (usage d'une arme et personne chargée d'une mission de service public) avec ITT inférieure à 8 jours, menace de mort, outrage.** Une aide-soignante à l'accueil aux urgences a été agressée verbalement et physiquement par le mari d'une patiente. Elle

a reçu un café chaud au visage, a été insultée « *vas me chercher ma femme, dépêche-toi conn... t'as pas de mari, t'es mal baisée* », menacée de mort à plusieurs reprises : « *je vais te crever* » et filmée. L'homme a essayé de foncer dans la porte pour passer derrière la salle d'attente valide où il y avait sa compagne. Dégradation du matériel informatique et du bouton d'appel d'urgence à cause du café au lait renversé. L'aide-soignante très éprouvée psychologiquement, pleure ++. Mise en sécurité de l'aide-soignante, remplacée par Infirmier homme afin de calmer la situation, cadre de garde + sécurité + brigade anti criminalité appelée. Individu interpellé. Dépôt de plainte. L'AS s'est vu délivrer une ITT de 4 jours. Déféré mais non jugé en comparution immédiate, le mis en cause est condamné pour les motifs évoqués ci-dessus à un emprisonnement délictuel de 10 mois dont 6 avec sursis et mise à l'épreuve de deux ans et peine complémentaire de se soumettre à des mesures d'examen, de contrôle, de traitement ou de soins médicaux même sous le régime d'hospitalisation. Il est condamné à verser 1 500 € pour préjudice moral envers l'AS et 1 € au CH qui s'était constitué partie civile. Le tribunal a relaxé le mis en cause de la dégradation de matériel.

Psychiatrie

Pour une abolition du discernement conduisant à une SDRE.³⁶

- **Menace avec arme à feu.** Le patient est venu en entretien comme convenu avec un médecin psychiatre. Après cinq minutes d'entretien, **le patient a demandé au médecin s'il avait peur de mourir. Le patient a sorti un pistolet à air comprimé et l'a orienté vers le visage du médecin.** Le médecin lui a demandé s'il voulait le tuer, le patient a répondu "un peu"... Le médecin a réussi à lui faire décharger le pistolet et lui a demandé de le mettre dans la valise. Le patient a demandé "ça reste entre nous Dr ?" Le médecin lui donné un rdv et son ordonnance et lui demandé de sortir. L'établissement a saisi le procureur. Le médecin a déposé *Plainte* Le patient a été interpellé et a fait l'objet d'une expertise psychiatrique : déclaré irresponsable et hospitalisé durant deux mois et demi en SDRE au sein de l'établissement.

- **Appels malveillants et propos à caractère sexuel et injurieux** (Psychiatrie) dans [tel service de Psy] par un ancien patient du service. Sur 5 jours, près de 141 appels. Plainte. Convocation en justice. Auteur condamné à 12 mois de prison ferme.

- **Menaces avec arme blanche.** Un patient s'est introduit dans notre salle de pause alors qu'une ASH effectuait la vaisselle. A profité qu'elle avait le dos tourné pour dérober un couteau à steak. Celle-ci s'en est rendu compte et est venue aussitôt nous avvertir. Le patient est alors sorti par la terrasse et l'avons surpris en train d'escalader la barrière donnant sur la rue. À notre arrivée, s'est assis sur la barrière et, nous voyant, a décidé de rebrousser chemin. S'est dirigé vers nous, poing en l'air, armé du couteau en hurlant : "je vais vous tuer". Impuissants, sommes retournés dans le pavillon afin de nous mettre en sécurité. Au moment de vouloir fermer la porte, celui-ci nous en a empêché. **A tenté à multiples reprises de nous asséner des coups de couteau à travers l'entrebâillement de la porte.** C'est à cet instant que nous avons déclenché un appel de sécurité. Avons réussi néanmoins à verrouiller la porte avec le soutien de notre collègue ASH venue en renfort. Enervé, le patient a commencé à lancer des chaises sur la voie publique. En avons profité pour vérifier que toutes les fenêtres de chambre donnant sur la terrasse étaient fermées, à juste titre, le patient cherchant le moyen de pénétrer dans les chambres. Celui-ci a réussi à s'introduire dans une chambre, où la fenêtre n'était pas verrouillée à clef, frôlant de quelques centimètres ma collègue qui terminait sa vérification. La pourchassant, le patient s'est arrêté devant tous mes collègues venus en renfort. Nous menaçant toujours de son arme, a exigé qu'on lui rende son téléphone portable et qu'on le laisse sortir. Avons utilisé des fauteuils comme boucliers afin de nous protéger d'un assaut de sa part. Lui avons demandé

³⁶ Art. 122-1 du CP. « *N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes.*

La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable. [...] »

de lâcher son couteau à plusieurs reprises, ce n'est que lorsque nous lui avons promis de lui rendre son portable qu'il a consenti à lâcher son arme. C'est alors que nous l'avons mis à terre pour le contentionner physiquement. A reçu un ttt injectable en IM et a été transféré en chambre d'isolement. Correction immédiate mise en œuvre : retrait de tous les couteaux à steak du service. L'individu a été condamné à 2 ans de prison ferme et à 5 ans d'interdiction de territoire.

Atteinte aux biens dans l'établissement

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. La négligence est source de vols dont certains très préjudiciables, comme dans l'affaire ci-dessous.

- **Vol d'un véhicule du SAMU (valeur de 95 000 €) pour un motif surprenant.** Un véhicule Land Rover a été dérobé dans les locaux du SAMU, VL médicalisé et hautement stratégique du Samu, dont les clés étaient posées sur une table dans l'entrée à l'intérieur de l'hôpital. L'auteur est, une première fois venu sur la DZ où sont stationnées plusieurs ambulances (portail bloquant l'accès au niveau de la rampe en panne : demande de réparation effectuée mais pas suivie d'effet rapide par les services techniques). Il a tenté de débrancher la prise électrique d'un des véhicules permettant de recharger les batteries des matériels médicaux. Ne réussissant pas, il a profité que la porte d'accès au SAMU soit ouverte (plein mois d'août à une période où il faisait très chaud) pour traverser le couloir et sortir vers l'intérieur de l'hôpital. Il s'est dirigé vers les urgences où il a tenté en vain de se faire délivrer des médicaments (individu faisant usage de produits stupéfiants). N'ayant pas obtenu satisfaction, il est ressorti de l'hôpital et a fait le tour pour reprendre la rampe d'accès du SAMU toujours ouverte. Il récupère les clés d'une ambulance posées à côté des postes radio (à proximité de la porte d'accès au SAMU), arrive à débrancher la prise électrique et part avec l'ambulance par la rampe d'accès. Les ARM constatant le départ non prévu de cette ambulance lancent l'alerte vers la police. L'intéressé arrive dans un rond-point et s'accidente tout seul. La police l'interpelle à proximité et ouvre une enquête de flagrance. **Le motif de ce vol évoqué lors du jugement était la volonté de l'individu d'aller accidenter le véhicule dans un autre établissement hospitalier du département qui avait refusé de prendre en compte son besoin en stupéfiant, expliquant qu'en se faisant ainsi interpeller, il savait qu'il irait en prison et qu'il serait pris en compte pour son addiction.** Emprisonnement délictuel de 15 mois avec sursis et mise à l'épreuve de 9 mois.

- **Vol d'affaires personnelles dans un office alimentaire.** L'aide-soignante surprend dans l'office alimentaire une femme avec un jeune homme, laquelle fouille le sac de l'aide-soignante tandis que le jeune semble faire le guet près de la porte. L'aide-soignante les interpelle et les conduit dans le bureau de la cadre. Appel de la sécurité qui demande l'intervention de la police. Jugement en comparution immédiate. Quatre mois de prison ferme et un mois avec sursis.

- **Vols et escroqueries.** Un individu, sur une période d'un mois, a commis sept vols dans divers services d'un établissement (téléphones portables, pièces d'identité, cartes bancaires, sacs à main, valises) et commis des escroqueries avec les cartes bancaires dérobées. Il a fini par être interpellé en flagrant délit par le service de sécurité de l'établissement. En comparution immédiate, le mis en cause, en récidive légale, a été condamné à une peine d'emprisonnement ferme de cinq mois, révocation partielle du sursis, l'individu ayant été condamné précédemment pour des faits identiques.

III. DIVERS FOCUS

Pour rappel, le lecteur pourra se reporter aux focus développés dans le rapport 2019 (données 2018), qui restent d'actualité, en plus des trois focus habituels sur la psychiatrie, la gériatrie et les urgences.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_onvs_2019_donnees_2018.pdf

- Les agents d'accueil, « souffre-douleur » de l'hôpital ?, p. 107,
- Les agents de sûreté et de sécurité : un travail indispensable au bon fonctionnement des établissements, p. 110,
- Les intolérances à la « frustration » et leurs manifestations, p. 115,
- Les personnes « désorientées » : violences et conséquences, p. 117,
- L'imprévisibilité et la soudaineté des violences, p. 120,
- Les infractions à caractère sexuel (« agressions sexuelles »), p. 123,
- L'impact négatif des violences sur les personnes témoins des faits de violence, p. 127,
- L'impact positif de la présence pour autre cause des forces de l'ordre dans les établissements, p. 130.

III.1 La violence verbale : insultes, outrages, menaces physiques, menaces de mort et leur impact négatif

Les signalements mentionnent abondamment et régulièrement des violences verbales et des comportements outrageants, expression, dans le contexte sociétal déjà évoqué en introduction, de l'impatience, de l'incompréhension, de l'énerverment, de l'exaspération, de la colère, voire de la haine et qui dépassent parfois l'entendement.

Que les motifs de reproches soient objectifs ou non, ces propos proviennent parfois de personnes qui ne sont pas dans un état normal (abolition ou altération du discernement, effets de médicaments, de stupéfiants et/ou de l'alcool, 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 à qui tout est dû ou réagissant à une angoisse, voire à une « frustration » quelle qu'en puisse être la cause.

Quoi qu'il en soit, ces comportements et gestes agressifs, ces propos orduriers et insultants (particulièrement humiliants), provoquants, intimidants et menaçants dégradent très fortement les conditions de travail. Les personnels sont psychologiquement atteints, et parfois durablement, par ce climat de violences verbales et de comportements agressifs, même s'ils ne vont pas jusqu'aux violences physiques, surtout lorsqu'ils sont répétitifs au point d'être quasi-quotidiens.

- *« J'étais à mon poste d'administratif aux urgences, seule pour effectuer les entrées pompiers et les entrées valides [...] quand une jeune fille s'approche de moi et commence à m'insulter en me disant textuellement que je glandais alors que sa sœur mineure avait mal au ventre. Elle me dit que je mets la vie de sa sœur en danger que je suis une clocharde, une pu... et que si elle avait une b... elle m'en... et plus. Là, je lui explique qu'il y a des patients avant elle et qu'elle doit attendre son tour. Elle s'en va en m'insultant. À l'appel de son numéro, vers 19h45, elle revient, je garde mon calme et lui dit bonsoir et lui demande la raison pour laquelle elle est là. Je finis mon dossier dans le calme et sans qu'elle présente des excuses. Cet incident m'a causé une hausse de tension ainsi qu'un stress, je me suis sentie mal pendant le reste de ma garde. » (Urgences)*

- *« [...] Patient amené pour chute sur la voie publique dans un contexte d'exogénose. Le patient ne veut pas rester au service, il crie, insulte, nous devons lui poser des contentions aux 2 bras. Le patient passe des heures à insulter l'équipe soignante de tous les noms avec une grande violence. Il nous menace de mort, promet de revenir "nous trancher la gorge au couteau". Il est très insistant sur les menaces et insultant +++. L'équipe présente cette nuit-là est éprouvée par toute cette violence dont elle a été victime pendant près de 10h et par les menaces insistantes du patient de revenir dès qu'il le peut, et ce malgré l'isolement du patient. » (Urgences)*

Certains signalements évoquent la « **saturation** » de ce type de propos répétés quasi quotidiennement et demandent un minimum de respect.

- « [...] **NOUS NE SOMMES PAS LÀ POUR PRENDRE DES COUPS NI POUR NOUS FAIRE INSULTER DE LA SORTE. NOUS SOMMES LÀ POUR PRENDRE SOIN DES GENS. NOUS ARRIVONS À SATURATION CAR CELA EST QUASI QUOTIDIEN.** [en majuscule dans le signalement] *Nous risquons de porter plainte contre cette dame. Pendant la rédaction de ce paragraphe, la patiente a réussi à enlever les bretelles de la contention abdo + 1 main.* » (Urgences)

- « [...] *Mme X se présente afin de récupérer un médicament stupéfiant pour lequel elle nous présente une ordonnance non conforme car non rédigée en toutes lettres (et renouvelable alors que prescription normalement limitée à 28 jrs).* [...] **Je suis extrêmement choquée par la violence de ses propos et de la situation. Je ne viens pas travailler pour me faire insulter. Derrière un professionnel de santé qui fait déjà de son mieux pour gérer au mieux les humeurs des patients et prend beaucoup sur lui, se trouve un être humain qui demande juste le respect. Je viens ce jour travailler avec beaucoup d'appréhension, sachant que nous sommes régulièrement obligés de gérer des conflits concernant les horaires de rdv ou les patients qui viennent sans rdv.** » (PUI, CH)

✓ **Remarque 16** **Lutter contre les violences verbales, un objectif majeur de sécurisation.** La violence verbale est fréquemment le prélude à de la violence physique. Le ton monte ainsi que l'agitation, l'agressivité, la provocation par des gestes, puis c'est parfois le basculement dans la violence physique qui se surajoute aux violences verbales. Il est rappelé que les professionnels de santé bénéficient d'une protection pénale renforcée (menaces et violences). **Lutter contre les violences verbales est donc un objectif majeur d'une politique de sécurisation au sein d'un établissement, laquelle permettra, par contrecoup, de faire baisser les violences physiques.**

À cette fin, on retiendra, entre autres, **l'action pénale** qui réprime de façon aggravée la violence verbale (outrages, menaces) à l'encontre des personnels de santé. Ainsi, pour qu'elle puisse aboutir à une condamnation de l'auteur il convient :

- **Premièrement**, que la victime dépose plainte au plus vite, dans les 48 heures de la commission de l'infraction, d'une part pour que les enquêteurs agissent dans le cadre juridique du flagrant délit, d'autre part en raison du fait qu'un dépôt de plainte trop tardif en réaction à l'événement aurait plutôt tendance à montrer aux enquêteurs et à la justice que les violences verbales sur l'agent n'ont pas eu un impact psychologique aussi destructeur. Enfin parce que la mémoire s'estompant, une déposition tardive dans le temps rendra plus imprécises les circonstances des faits et la retranscription exacte des mots et termes utilisés par l'auteur pour outrager et menacer la victime, gênant alors la manifestation de la vérité : « *le temps qui passe est la vérité qui s'enfuit* ». ³⁷

- **Deuxièmement**, que des témoins (collègues, cadres, chefs de service, agents de sécurité-sûreté, etc.) puissent apporter leur témoignage, confortant de façon précise les termes des outrages, menaces physiques, menaces de mort prononcés et les circonstances de l'événement. Les dépositions trop tardives seront à éviter elles aussi.

Ainsi le parquet sera-t-il en mesure de poursuivre l'auteur dans les plus brefs délais avec des éléments objectifs et concordants. Nous sommes dans le verbal. Il n'y a pas de traces physiques constatables. Un certificat médical pourrait évaluer le retentissement psychologique en déterminant la durée d'une ITT éventuelle.

Face à cette saturation d'insultes et de menaces, de comportements et de gestes agressifs, des personnels rapportent parfois *in extenso* ces termes injurieux et menaçants dans les signalements, d'autres n'osent pas les retranscrire, mais généralement tous décrivent abondamment le contexte.

³⁷ Edmond Locard (1877-1966), professeur de médecine légale, criminologue, juriste.

L'idée est déjà d'alerter hiérarchie et direction sur le vécu quotidien générant ce mal-être, mais aussi un appel à l'aide pour y mettre un terme quand ils n'osent pas déposer plainte concernant des outrages et des menaces circonstanciés.

- « [...] *Voici quelques faits et menaces relatés par les agents de cette nuit (désolé pour la vulgarité de mon écrit mais ce sont les mots du patient) et il est indispensable à mon sens de relater la réalité afin d'en prendre toute la mesure : "Je vais vous b..." (à une IDE), "Je vais vous épouser et fourrer ma langue dans ta bouche", "Je vais te retrouver et te tuer, grosse pu...", "Je vais m'occuper de toutes les femmes ici" et j'en passe... De plus une accompagnatrice a filmé la scène en rigolant.* » (Urgences)

- « *Patient très énervé ce jour (d'habitude est seulement très désagréable) [...] Il a utilisé de gros mots (que je ne peux pas reproduire) à mon encounter et aussi par rapport à mes collègues, et des menaces [...]. Des insultes à propos de mon père, etc. [...] Ce n'est pas la première fois et on a toujours essayé de minimiser et d'ignorer la gravité de ses agressions car toute l'équipe médicale a pitié de lui (arrivé il y a plusieurs années en France, très jeune et dort dans la rue), nous avons tous essayé de lui améliorer le quotidien par un peu de soutien, parfois financier, mais... il est difficile pour nous de subir son échec et le dialogue est devenu impossible (Vu par la direction il y a quelques mois en entretien).* » (Dialyse)

- « *Grosse sal..., sale pu..., grosse m..., va te faire f..., va te faire en..., grosse pu..., débiles, bâtards, qu'on faisait crever des bébés, que c'était de notre faute si des enfants mourraient. Toutes ces insultes ont été proférées toute la durée de la prise en charge à l'accueil (environ 20 min).* [...] Plainte déposée. » (Urgences)

■ **Pour des expressions d'outrages et de menaces de violences physiques et des craintes qu'elles génèrent aux victimes, entre autres, pour leur intégrité physique.**

- « [...] *Il me menace, veut mon nom, mon matricule, me traite de cougar, me dit de me toucher la f... avec des gants, qu'il connaît le genre de femme dont je fais partie, qu'il me retrouvera, d'aller me faire mettre un bâton dans le c., que de toute façon il demandera son dossier et aura mon nom, et que je lui donne l'ordonnance sur le champ sinon il viendra la chercher... Le ton de ses menaces était de l'ordre du hurlement vindicatif et son attitude a été à la limite de l'agression physique. Bien que ne me laissant pas intimider, je dois dire que j'ai eu peur qu'il joigne les gestes à la parole. L'agent de sécurité est ensuite arrivé à calmer le patient grâce à sa prestance physique et l'a raccompagné à sa voiture sur le parking.* Plainte » (Chirurgie)

- « *Patient venant du centre pénitentiaire, insultant, traite le personnel d'incompétent, menace de casser la figure de l'infirmière, recadré par le personnel pénitentiaire.* » (Urgences)

- « *Patiente hospitalisée en chambre double, dont les visites ne respectent pas la tranquillité de la deuxième patiente. À la fin de son service l'IDE indique à sa collègue qu'elle va faire une fiche d'événement indésirable pour signaler les faits. La patiente entend la discussion et se montre alors très agressive et menaçante "je vais t'éclater, je vais n... ta race", elle suit alors l'IDE jusqu'à sa voiture.* [...] » (Pédiatrie, néonatalogie)

- « *Père du patient a une nouvelle fois hurlé dans les couloirs car son fils attend depuis trop longtemps, activité importante sur la filière courte... Pour les mêmes motifs, il hurle, il menace et il fait peur à l'ensemble des patients qui attendent. Cette fois-ci il m'a menacé : "Je vais te péter les dents et je vais te casser les jambes, allez, vas-y appelle la police !" Il l'a fait devant de nombreux témoins.* » (Urgences)

- « *Pôle Psychiatrie Pénitentiaire et Addictologie : Pendant la permanence collective, un usager habituel a insulté de "gros c..." un collègue infirmier sûrement car on lui avait refusé de jouer au ping-pong avec lui... Les excuses et la remise en cause n'ont pas été possibles, l'usager a proféré des menaces malgré l'intervention de deux autres collègues qui l'ont obligé à quitter la structure. Des*

menaces ont été verbalisées sur les professionnels : **"toi, je t'attends à 17h, toi, quand je te vois en ville, je vais t'éclater la tronche"** en tapant du poing et en bousculant une chaise. Les autres usagers ont visiblement eu peur et ont manifesté du mal-être. La personne a quitté les lieux. » (Psychiatrie)

On retiendra comme outrage le fait de s'approcher très près du visage de la personne qu'on agresse avec des gestes virulents et provocateurs ainsi que des paroles, voire des cris, des hurlements et des vociférations.

- « [...] **elle me bloque contre l'encadrement de la porte et s'approche à quelques centimètres de mon visage en faisant des gestes brusques et hurlant.** [...] » (Gériatrie court séjour)

- « [...] **Il se retourne alors subitement et se dirige de manière agressive (physiquement et verbalement) vers moi collant son visage à quelques centimètres du mien.** Patient non réactif à la demande de garder la distance et se rapproche encore quand je recule. [...] » (Psychiatrie)

- « [...] **il s'est approché très près de moi en levant les bras comme s'il voulait m'agresser physiquement,** » (Chirurgie)

■ Outre les injures « classiques » qui, touchent la personne, il y a celles qui **mettent en cause sa compétence professionnelle et/ou la qualité de service de l'établissement**. Elles sont ressenties comme très culpabilisantes, affectent fortement les professionnels et sont récurrentes, elles aussi.

- « [...] **me traite de "bon à rien" et que cet hôpital ne vaut rien, car nous sommes tous mauvais. La routine quoi...** » (Urgences)

- « **La patiente [...] dit à l'infirmière qu'elle est incompétente, que c'est une saloperie.** » (Unité de soins, CH)

- « **8h30 : appel de la fille d'une patiente qui est hospitalisée chez nous, elle veut prendre des nouvelles. Je lui explique que sa maman a la hanche qui est dans une position « vicieuse » que je vois avec le chirurgien de garde, que je laisse sa maman à jeun en attente d'un diagnostic et d'une décision de bloc éventuel. [...] Je me fais traiter de c..., d'incapable, que notre hôpital est un hôpital de m... que mon travail est mal fait, que je suis une infirmière de m... [...] D'autres appels ont lieu et là les propos changent, elle me menace de mort, de venir me faire la peau, qu'il va arriver malheur à mes enfants que je suis toujours une infirmière de m..., etc.** » (Chirurgie)

- « [...] **"Ferme ta g..., tu es un vigile, tu sers à rien"** [...] Plainte. » (Urgences)

- « **Monsieur m'a interpellée sur mon travail. Il a critiqué ma façon d'installer le filet pour lever Mme et met constamment en doute mes compétences. Je reste professionnelle et n'entre pas dans le jeu de Monsieur et m'abstiens de remarques désagréables même si souvent je veux sortir de mes gonds. Je suis sa seule cible au SSIAD.** » (SSIAD)

- « **Patient demande d'être soigné chez un médecin français, n'a pas confiance aux médecins étrangers. Se demande s'il doit aller se faire soigner chez un vétérinaire.** [...] » (Urgences)

- « [...] **Me dit que je n'ai rien à faire dans un service de soins, que je ferais mieux de travailler à l'abattoir.** » (Gériatrie court séjour)

- « **13h08 un homme arrogant et virulent s'est présenté à l'accueil pour se rendre à la morgue. Il fallait qu'il attende 14h pour les visites. À ce moment-là il a agressé verbalement : "que l'on était un hôpital de m... avec du personnel de m... et une bande d'incapables". On lui propose de faire une réclamation à la direction et répond que "l'autre enfoiré n'était pas capable d'être présent dans son établissement"** [...] » (Morgue)

- « [...] le fils de Madame [...] m'a répondu qu'il n'en avait rien à faire de la cadre, **quant à ma collègue elle était faite pour aller travailler "au pénitencier" et que nous étions toutes des nulles et des minables.** [...] » (USLD/EHPAD)

- « Ce jour, le patient se présente à l'Unité sanitaire pour réalisation de son pansement quotidien. Déjà mécontent et insultant la veille, le patient réitère ders propos à notre égard, à savoir "je maintiens tout ce que j'ai dit hier je ne regrette rien ; **Vous êtes des incompetents justes bon à travailler en maison de retraite avec des vieux qui ne savent pas se défendre ;** Petite c..., toi et ton mari je vous em..." (la veille souhaite du mal à tout notre entourage et que chacun crève). » (Centre de détention)

- « 21h45 : Appel de M. pour des douleurs dues selon lui à une crise de goutte [...] 00h15 : Appel de M. qui s'exprime immédiatement sur un ton agressif dès mon entrée dans la chambre. Je le cite précisément : "**Le jeune étudiant en médecine m'a récité ses cours par cœur mais il n'a pas résolu mon problème. Je suis suivi par des médecins ayant 30 ans d'expérience et lui il agit comme un petit soldat incompetent mais ne m'écoute pas.**" [...] Je lui propose de rappeler l'interne pour soulager sa douleur. Refuse, ne veut plus avoir à faire à lui ni aux soignants de l'hôpital. [...] Il devient alors agressif verbalement et physiquement, nous menaçant de faire un courrier à la direction. Je cite ses propos "**j'ai des amis médecins sur l'hôpital qui sont partis d'ici car le personnel dans les services est incompetent comme vous, vous êtes des incompetentes et je vous parle en connaissance de causes on a ASSASSINÉ mon père aux urgences les années passées.**" Nous avons donc quitté la chambre car la discussion ne menait à rien. [...] » (Médecine)

Ce dernier et long signalement résume assez bien l'ensemble des incompetences qui peuvent être reprochées aux personnels et à la qualité de service de l'établissement mis en en cause.

- « Lors de la distribution des médicaments du soir, l'infirmière a été prise à partie par la famille de M. X, notamment sa fille. Cette dernière lui a alors tenu des propos désobligeants, voire insultants, vis à vis de la prise en charge de M. X. [...]. Selon elle **la chambre n'est pas un "garde meuble"**. De plus, elle **accuse les médecins du service de ne pas dire la vérité sur l'origine de l'infection de son papa. Ils sont, dixit madame : "incompétents, incapables, irrespectueux et que le chef de service serait un odieux personnage"**. Cette dernière ne comprend pas pourquoi son papa n'a pas de sonde nasogastrique qui a été proposée à telle date, selon elle **on laisse son papa "mourir de faim depuis 2 mois"**. Elle **trouve inadmissible qu'aucun médecin ne soit présent quand elle est là le week-end ou le soir à 19 h et que les internes ne sont pas de vrais médecins. Elle nous accuse de ne pas donner à manger à son père, que l'hôpital est devenu "une station-service"** et que c'est sa mère qui est obligée de le faire alors que c'est cette dernière qui se propose à chaque repas si elle est présente. Elle **dit que le personnel est incapable et incompetent. Elle nous accuse de tous les maux de dysfonctionnement de l'hôpital (ascenseurs en panne)**. Nous avons appelé la cadre de garde car la situation s'envenimait. La cadre s'est entretenue avec la famille. **Nous nous sommes faites insulter par la famille : "on ne connaissait pas nos droits mais que, elle, oui car elle est avocate [dans telle ville], on est des incapables"**. Elle s'est montrée très agitée, limite agressive dans ses propos et dans ses gestes, elle nous a jetés son manteau. En notre présence, elle a dit à la cadre qu'elle ne connaissait pas son service et a exigé de voir le médecin et de savoir qui a annulé la pose de la sonde nasogastrique et qu'elle est dans son droit de consulter le dossier médical de son père. **Elle dit être connue du service juridique de l'hôpital et que le responsable est un "pauvre c..."**. Elle signale aussi avoir pris rendez-vous dans la semaine avec le médecin et qu'après une heure d'attente celui-ci ne l'a pas reçue, **qu'elle a perdu une après-midi car elle, elle travaille, et que c'est inadmissible.** » (Unité de soins, CH)

L'agent qui a fait le signalement qui suit ne cache pas la réaction que l'outrage a généré chez elle alors qu'un homme l'avait déjà insultée une semaine auparavant :

- « [...] Sa réponse est que **je suis une incapable de la fonction publique et je le fais volontairement attendre dans le couloir. Sa femme le calme et j'attends la fin des remarques avant de faire le dossier et les vérifications d'usage.** » (Accueil, standard, CH)

■ **Les expressions de menaces de mort** comprennent des mots qui ne sauraient prêter à confusion et qui reviennent fréquemment (« *achever, arracher la tête, assassiner, brûler vif, buter, crever, décapiter, égorger, enlever la vie, enterrer vivant, éventrer, faire la peau, planter, saigner, trancher, trucider, tuer* »).

- « *Ma ptite, t'es morte.* » • « *''Ouvre la porte grosse m... ou je te tue !!!''* » (Urgences)
- « *''Sale p..., tu vas voir à ma sortie, je vais te crever !''* » (Centre de détention)
- « *''Si tu appelles les flics je te recherche, je te trouve et je te ferai la peau'' ceci répété 3 fois de suite.* Main courante. » (Urgences)
- « *Viens, on va sur le petit parking de la maison de retraite, on fait un 1 contre 1, je vais te mettre un coup de surin* », « *T'inquiète pas, on se reverra et je vais te tuer* ». (Ext. établissement, services sécurité, CH)
- « *Agressivité, insultes et menaces de la part d'une patiente envers une infirmière (je vais te crever...).* Intervention agents de sécurité et appel à la Police. » (Dermatologie)
- « [...] *''j'ai bien retenu ta tête'', ''je vais te brûler vif'', ''de toute façon t'es en sursis''...* » (Urgences)
- « *Dr X a surpris dans la chambre de Mme Y sa petite fille accompagnée d'un nourrisson, a signalé poliment et calmement à la concernée que les visites étaient déconseillées aux enfants en très bas âge. La visiteuse l'a alors copieusement insulté et m'a également menacé de ''venir me crever le lendemain''.* » (Unité de soins, CH)
- « *Un patient fait preuve d'un comportement sthénique [...], il m'ordonne de baisser les yeux en signe de soumission en se rapprochant très près de mon visage. Recadré mais n'entend rien et continue les menaces. Appel à renfort fait, installé en chambre d'isolement, repas et traitements servis, puis il réitère ses paroles, je cite : ''grosse pu..., je vais te tuer, je vais te crever les yeux, si jamais je te retrouve à l'extérieur, je te tue !! Je vais rechercher ton nom de famille sur le planning infirmier et ton adresse et tu vas payer de ta vie !! Saloperie !! [...]* » (Psychiatrie)
- « *Femme à 21SA [semaine d'aménorrhée] ce jour, consultation prénatale du 5^e mois. C'est une 2^e grossesse. Elle a accouché pour sa première à 35SA et sa fille est décédée à 7 mois 1/7 de la mort inattendue du nourrisson. [...] Elle me dit que ''si, après s'être plainte aujourd'hui, on ne fait rien pour elle et qu'elle accouche la semaine prochaine, elle reviendra pour nous fusiller''. Ce sont ses mots. [...] Je me suis sentie agressée par ses propos, elle a de la colère de par son histoire qu'elle a verbalisée avec moi.* » (Gynécologie, obstétrique, maternité)
- « [...] *l'accompagnante crie dans les couloirs ''il est mal baisé le médecin ou quoi?'' ''il a pas assez dormi ?'' et crie à l'attention de l'IDE ''Elle est ou cette chienne ? que je l'achève, sale pu... !''* (Urgences)
- « *Le monsieur s'énerve, menace de mettre une grenade et une bombe dans la clinique. Dit à la responsable de sortir du service qu'il va lui arracher la tête [...]* Intervention du directeur et de la police. Main courante. » (Urgences)
- « *Au moment de l'examen, la patiente continue de parler de manière injurieuse et demande à l'agent quel est le problème avec cet hôpital incompetent et que ce ne sont pas des bons médecins et termine en disant : ''vous allez voir, quand je reviendrai ici pour tous vous assassiner''.* » (Urgences)
- « *Menaces de nous tuer, de foncer en voiture dans les urgences.* » (Urgences)

La menace de détruire ou de mettre le feu à l'hôpital revient souvent et pour des raisons variées.

- « Une patiente de 52 ans, se présente pour une plaie de la paume nécessitant une suture. La patiente est vue par l'IOA, elle lui donne un antalgique, elle ne présente aucun signe de gravité et attend en salle. 3 heures après son arrivée, **ses 2 fils de 21 et 24 ans se présentent au poste de soin en exigeant que l'on s'occupe de leur mère immédiatement. Ils hurlent en menaçant de tout détruire et de cogner sur tout le monde.** L'un d'eux tente une intimidation en s'approchant très près d'une IDE en lui disant qu'il allait lui péter la gueule. [...] Dépôt de Plainte » (Urgences)

- « **Suite au décès d'un patient, les membres de sa famille ont exprimé leur mécontentement en menaçant de mort le personnel et d'incendier l'hôpital.** » (Médecine)

- « Une patiente agressive et menaçante par téléphone, **menace la secrétaire des consultations de mettre le feu à l'hôpital. Elle réclame des bons de transport, ne se soigne pas, ne respecte pas les consignes des différents praticiens qu'elle a pu rencontrer dans [trois hôpitaux différents].** » (Accueil, standard, CH)

- « [...] Il répond que les urgences sont "des nuls", "des zéros", qu'ils ont "laissé mourir un de ses amis". La secrétaire lui dit que s'il reste agressif elle va mettre fin à la conversation. Il ajoute qu'il va venir dans le service "lui arracher les yeux et les oreilles" et qu'il **"va brûler l'hôpital"**. Il raccroche. » (Médecine)

Pour des menaces dirigées aussi contre la famille et les biens des personnels de santé.

- « Patient arrivé avec les pompiers pour une douleur thoracique. À son arrivé, patient très violent et agressif avec tous [...]. **Propos très violents envers les femmes du service particulièrement, nous dit clairement qu'il va revenir nous brûler, brûler nos mères et notre entourage.** [...] Continue de nous agresser verbalement jusqu'à sédation. » (Urgences)

- « Étions en train de faire le ménage dans la chambre, le patient était insultant et a proféré des menaces envers moi-même et ma famille dont mes enfants (**aimerait voir mes enfants brûlés**). » (Psychiatrie)

- « [...] Insultes envers le personnel, "incapables, vous ne foutez rien" et leur "**souhaitant souffrance, et un enfant dans le bide qui crève**". Après prise en charge, **il s'avère que la présence n'était qu'une consultation de confort.** » (Urgences gynécologiques)

- « **Menace de les tuer à la kalash et de les suivre jusqu'à leur domicile et de s'occuper de leurs enfants. Patient dit qu'il n'a pas peur de la police, qu'il a des connaissances, qu'il possède des armes.** Menaces répétées plusieurs fois. » (Médecine)

- « **Depuis hier M. X tient des propos insultants et agressifs envers les médecins du service. Il traite le docteur Y de s..., co..., dit qu'il va mettre le feu chez elle et qu'il va l'enterrer vivante.** [...] J'ai signalé ces propos et ces gestes au médecin et par téléphone à la cadre du service. » (Médecine)

Certains gestes de menaces sont également très expressifs.

- « [...] il me crie dessus [...] et **mime avec sa main vers son cou un égorgement.** Soit menace de mort. » (Psychiatrie)

- « Le patient (détenu) est venu en consultation à l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire car se plaint de douleurs et de fièvre depuis plusieurs jours. Lors de la consultation, le patient demande plus de médicaments à l'infirmière ; celle-ci refuse sachant que le patient avait vu le médecin 72 heures auparavant. Le patient n'est pas d'accord avec cette réponse, **il menace verbalement l'infirmière en mimant le geste d'un pistolet et en disant "moi je suis libre en novembre, moi regarder toi sur ton chemin et moi prendre pistolet, te tuer"**. » (UCSA)

- « Depuis plusieurs jours, **le patient** refuse les soins d'hygiène, est **agressif verbalement** en anglais et arabe, **agressif physiquement** (il mime un pistolet avec sa main, montre les poings, lance le gant de toilette et le brassard à tension sur les soignantes). » (Chirurgie)
- « [...] Ce **SDF** d'un coup devient agressif ++ et nous menace de mort. Il dit j'enregistre votre visage et avec la main fait un signe comme s'il avait un pistolet, [...] » (Extérieur établissement, CH)

Dans le signalement qui suit, il est difficile de comprendre la raison invoquée pour menacer de mort un cadre : • « **Menace de mort par la mère à l'encontre du cadre lorsque celle-ci explique qu'il n'y a pas de consultation de dermatologie en urgence, même pour les enfants.** » (Médecine). On retiendra que « **le père a fait des excuses immédiates.** » pour sa femme.

✓ **Remarque 17** Diverses méthodes d'intimidation, de pression et de chantage pour tenter d'obtenir satisfaction ou refuser de respecter les règles de l'établissement. Lorsque les patients/résidents, les familles ou encore les accompagnants voient qu'ils ne pourront pas obtenir finalement satisfaction, il leur arrive parfois d'utiliser diverses méthodes d'intimidation, de pression et de chantage, méthodes qui sont une forme de menaces verbales, voire physiques.

La méthode qui vise à révéler au grand jour des fautes ou des dysfonctionnements pour faire sanctionner ou donner une mauvaise réputation :

- menacer de porter plainte (entre autres pour non-assistance à personne en danger, mise en danger de la vie d'autrui, maltraitance, discrimination, diffamation) ou encore, en d'autres termes moins directs : « *on n'en restera pas là* »,
- menacer de prévenir les médias (avec ou non une vidéo, un enregistrement audio),
- insinuer qu'on connaît du monde, « *des personnes haut placées* » qui sauront intervenir auprès de l'établissement et ainsi faire sanctionner le personnel récalcitrant à la demande,
- prendre à partie les patients en attente dans la salle d'attente ou hurler dans des couloirs d'unité en reprochant au personnel une mauvaise prise en charge, une discrimination.

Une méthode plus rare :

- menacer de se tuer (défenestration, etc.) ou de se faire du mal pour faire accuser en justice les personnels,

La méthode qui vise à faire comprendre que des représailles physiques pourraient avoir lieu :

- dire ou faire croire qu'on est adepte d'un sport de combat,
- dire ou faire croire qu'on va revenir en nombre,
- dire ou faire croire qu'on a eu un passé dans des unités d'élite de l'armée,
- dire ou faire croire qu'on a eu passé de mercenaire, qu'on a déjà tué des gens,
- dire ou faire croire qu'on a eu un passé violent : « *vous ne savez pas ce que j'ai fait avant dans ma vie, nous deux on va se revoir très vite* »,
- dire ou faire croire qu'on a déjà été en prison ou qu'on porte un bracelet électronique
- dire ou faire croire qu'on sait où habite le personnel (surtout en psychiatrie, v. p. 126).

■ **Les crachats : manifestation d'un mépris particulièrement humiliant.**

Qu'ils soient le fait de patients/résidents, accompagnants ou de la famille, le crachat est d'une violence psychique (et parfois même physique) particulièrement humiliante. Celle-ci sera d'autant plus forte si le projectile atteint le visage. S'il ressort, la plupart du temps, que ce type de violence – accompagné souvent de coups, de morsures, de griffures, de cris, d'insultes et de menaces – est le fait

de personnes souffrant d'un TPN ou encore de personnes sous l'emprise de l'alcool ou de stupéfiants,³⁸ il n'empêche que certains patients, accompagnants ou de la famille en pleine possession de leurs moyens commettent ces actes avec intention de nuire. Le crachat ou la menace de crachat est aussi un moyen d'intimidation et de chantage ou encore de mécontentement. Les personnels n'en sont pas les seules victimes, les patients/résidents se crachent parfois dessus.

Concernant des crachats au visage.

- « *Dans la provocation et les menaces auto et hétéro-agressives, insultante envers les soignants présents. **Patiente agitée** lors de son transfert dans [tel service], est mise sur le brancard avec contention. Essaie de mordre et crache. **L'IDE reçoit un crachat dans l'œil**, dans ce contexte d'agitation.* » (Psychiatrie)

- « *À la fin de la séance d'hémodialyse, **le patient se fâche**. [...] ne parlant pas français, le patient hurle dans sa langue. **L'infirmière** essaie de passer la main à plusieurs reprises. **Au moment de fixer le sparadrap sur sa fistule le patient crache au visage** et lève son poing.* » (Dialyse)

- « ***Patiente venue pour intoxication médicamenteuse volontaire**, [...] a refusé de rester sur son brancard. [...] Ma collègue et moi-même l'avons rattrapée dans le couloir, celle-ci s'est donc mise à hurler, à nous insulter, nous menacer et nous donner des coups, s'est jetée au sol et a refusé de coopérer [...] patiente installée sur lit de contention, **AS du sac victime d'un coup de poing reçu au visage et au bras, crachat dans la bouche et les yeux**. Sécurité prévenue, cadre de nuit et médecin.* » (Urgences)

- « *Lors de l'administration de la prescription du médecin, **le patient a insulté le personnel présent, proféré des menaces de mort et craché sur le personnel. Un agent a reçu un crachat sanguinolent au visage**. Un courrier de rappel à la loi est adressé au patient par l'établissement.* » (Urgences)

Pour des crachats dans tout type d'unité et de lieu.

- « ***Un visiteur veut entrer en véhicule dans l'établissement alors que c'est interdit**. Ce dernier bloque l'entrée des urgences, **insulte avec des propos racistes l'agent de sécurité et finit par lui cracher dessus**. [...] » (Extérieur établissement)*

- « *Patient menaçant physiquement et verbalement. Il se montre agressif, menace de tout casser. Cri, injure, crachats, coups de pied, poing et de tête portés sur le personnel.* » (UHCD/UHTCD)

- « ***Agressivité verbale et physique au simple contact verbal**, se montre insultante envers les autres patients ce qui la met en danger. **Crachat sur les autres patients présents, frappe le personnel soignant (agrippe, coups de poing et coups de pied)**.* » (SSR)

- « ***Accompagnateur d'un patient consultant en médecine sociale PASS qui crache sur l'agent d'accueil du service**, veut enjamber le comptoir pour corriger l'agent.* » (Médecine)

- « ***Agitation psychomotrice importante d'un enfant avec violences verbales, physique, menace de mort. Coup donné au visage d'un soignant ainsi que crachats et griffures d'un autre soignant.*** » (Foyer enfants/Adolescents)

- « ***M. m'a agressé dans le couloir. En effet il a craché volontairement sur le mur, je lui ai demandé poliment d'essayer son crachat.*** [...] » (USLD/EHPAD)

³⁸ Le fait pour l'auteur d'une infraction d'être sous l'emprise manifeste de l'alcool ou de produits stupéfiants ne constitue pas une circonstance atténuante mais plutôt une circonstance aggravante dans certains cas prévus légalement, ceci en raison du fait que c'est l'auteur qui s'est mis dans cet état de perte de contrôle de soi.

- « **Agression verbale sur la voie publique d'un équipage SMUR en intervention par un conducteur de 2 roues caractérisée par des insultes, menaces et autres crachats.** Le conducteur du 2 roues reprochait au véhicule SMUR en intervention d'utiliser son 2 tons pour circuler. [...] » (SMUR)
- « **Patient mis sortant suite à une altercation avec un autre patient. Suite à cette décision a tenu des propos menaçants à l'encontre du médecin, avec insulte et crachats.** » (Addictologie)
- « **Patiente très agressive ce jour. Impossibilité de faire une toilette complète et correcte. Ai dû esquiver coups et crachats.** » (SSIAD)

✓ **Remarque 18** Des excuses, lorsqu'elles ont lieu, sont appréciées des personnels. Il arrive qu'après des insultes, des menaces ou encore des comportements agressifs mais n'allant pas jusqu'aux violences physiques, des patients, des accompagnants ou la famille présentent leurs excuses pour eux-mêmes ou pour la personne qu'ils accompagnaient. Cela arrive à la suite d'explications médicales clairement formulées et rassurantes, d'explications sur la situation administrative, les droits et les devoirs des patients et accompagnants, d'une situation finalement comprise après un malentendu de départ, etc. Ces excuses sont très importantes pour les personnels, quelle que soit leur fonction au sein d'un établissement. Elles ont un effet de réparation et donc de justice rendue rapidement après une offense sans avoir à se lancer dans un processus administratif et encore moins judiciaire. C'est aussi un moyen de retrouver confiance non seulement en soi mais aussi dans sa compétence professionnelle.

- « **Mécontentement de la famille du patient (frère) concernant l'absence de prise en charge adaptée, l'absence de place de soin de suite provoquant des insultes envers l'interne. Patient autiste faisant des chutes à répétition depuis son lit,** [...] contention mécanique préventive des traumatismes mise en place par moment la nuit. Nécessité de cette contention expliquée à la famille (frère notamment). Frère considérant cette contention comme de la maltraitance et insultant le personnel : "fils de p...". **Discussion avec la famille (frère, père et belle-sœur) en présence du chef de service, de la cadre et de moi-même. Apaisement des tensions, excuses du frère, mise en place d'une conduite à tenir acceptée par la famille.** » (Autres, CH)
- « **Le patient devient agressif, lors de la distribution des médicaments par la soignante. Il refuse de prendre son traitement et demande autre chose à l'infirmière, qui refuse. Le patient devient menaçant verbalement, dans sa langue maternelle, et dit qu'il va venir avec ses enfants pour agresser physiquement la soignante. Il sera recadré par le praticien, et présentera ses excuses à l'équipe médicale.** » (Médecine)
- « **Patient qui s'énerve au moment du repas, s'en prend au personnel puis à un patient hospitalisé, après s'être calmé a présenté ses excuses aux personnes.** » (Addictologie)
- « **Fille d'une patiente de cardiologie s'est énervée dans le service en criant en menaçant de porter plainte car elle reprochait une mauvaise prise en charge. Après entretien avec les médecins, elle a présenté ses excuses à tout le monde.** » (Cardiologie)
- « **Passage d'une IDE de l'HAD au domicile du patient pour réfection d'un pansement jambe droite en présence d'une élève IDE. Le patient a également un pansement jambe gauche mais refait tous les deux jours. Le patient a commencé à enlever son pansement jambe gauche malgré les explications de l'IDE. Le patient souhaite que ses deux pansements soient refaits. Il est agressif et tient des propos vulgaires. Il a attrapé sa canne dans le but de frapper l'IDE qui l'a évité en attrapant la canne au dernier moment. Il a ensuite attrapé la paire de ciseaux laissée à proximité dans le cadre du soin. L'IDE lui a retiré immédiatement des mains avant que le patient n'ai pu s'en servir. [...] L'IDEC, le médecin coordonnateur de l'HAD et le médecin traitant du patient ont été informés. Quelques jours plus tard, le patient s'est excusé auprès de l'IDE concernée.** » (SSIAD)

II.2 La violence et les mineurs ³⁹

Violences verbales (injures et menaces, vocabulaire ordurier et parfois morbide), violences physiques hétéro et auto-agressives, crises clastiques, dégradations, violences sexuelles, tels sont les éléments qui ressortent des signalements et des visites de terrain.

Quelques aspects généraux de cette violence.

Cette violence est le fait de mineurs souffrant parfois de troubles psychiques ou neuro-psychiques d'un handicap mental, d'une pathologie psychiatrique. Elle provient aussi de mineurs qui, comme les adultes, ne respectent pas les règles élémentaires de la vie en société. Impliquant parfois de jeunes enfants, et même de très jeunes enfants, auteurs sur des adultes et/ou sur d'autres mineurs, cette violence choque d'autant plus par rapport à celle commise par des adultes qu'elle touche des êtres fragiles en phase de développement. Elle peut être encore plus déroutante et même déstabilisante pour les adultes, lesquels évoquent aussi une impuissance à calmer la situation au point de se sentir parfois en échec.

Cette violence présente un caractère assez imprévisible plus prononcé encore que chez les adultes. Et la vivacité des mineurs, particulièrement des jeunes enfants, va générer une montée plus vive et plus rapide en violence. À cette vivacité s'ajoutent pour certains mineurs une taille et un poids déjà conséquents pour leur âge générant une violence aigüe, délicate à gérer.

Le caractère intentionnel de la violence afin de faire mal et de nuire est parfois souligné. Mineur dans la provocation vis-à-vis d'autres enfants et des adultes, il peut ainsi s'opposer et tester la limite des adultes avec dureté, contester et refuser cadres et repères, se venger sur les autres enfants s'il n'arrive pas à atteindre un ou des adultes avec qui il est en conflit. Pour parvenir à ses fins, il sait aussi profiter de sa condition de mineur pour menacer, faire du chantage, simuler et peut même aller jusqu'à s'auto-agresser (ce peut-être aussi par cet acte une façon d'évacuer une angoisse très forte).

Autant sur les adultes la réponse pénale peut être une évidence, autant sur les mineurs cette éventualité semble plus rarement envisagée ou rapportée dans les signalements, sauf cas graves, et encore moins lorsque l'auteur est un mineur de 13 ans. Les recadrages sont fréquents, de même que les rappels aux règles et aux conditions de vie en groupe et en collectivité, mais pas forcément suffisants pour résoudre les difficultés. L'ONVS retient cette remarque d'un cadre de santé : « *La réponse judiciaire peut se montrer thérapeutique dans le sens où elle fait tiers dans la relation entre l'enfant et l'adulte. Elle apporte de la distance face à l'événement vécu et remet l'enfant dans une réalité sociétale : l'enfant, petit ou grand, ne peut pas faire tout ce qu'il veut, quand il veut et où il veut. Il a besoin d'être arrêté.* »

✓ **Remarque 19** À propos de la responsabilité pénale des mineurs. Il n'y a pas un âge limite en dessous duquel un mineur ne serait pas pénalement responsable. En réalité, selon le code pénal, c'est le critère du « discernement » qui entre en ligne de compte pour estimer ou non l'existence de cette responsabilité pénale : « **Les mineurs capables de discernement sont pénalement responsables des crimes, délits ou contraventions dont ils ont été reconnus coupables, dans des conditions fixées par une loi particulière qui détermine les mesures de protection, d'assistance, de surveillance et d'éducation dont ils peuvent faire l'objet.** » (Art. 122-8 al. 1 du code pénal).

³⁹ Voir sur le site de la HAS : La prévention de la violence entre les mineurs adolescents au sein des établissements d'accueil, recommandations de bonnes pratiques», mise en ligne 12 février 2019 https://www.has-sante.fr/jcms/c_2903292/fr/la-prevention-de-la-violence-entre-les-mineurs-adolescents-au-sein-des-etablissements-d-accueil. Présentation notamment de deux documents très intéressants de l'ANESM.

Si les raisons des violences sont nombreuses et diverses, c'est surtout dans les établissements psychiatriques ou dans les services et les structures spécialisés que les violences sont les plus fortes et les plus fréquentes. Les frustrations et contrariétés sont source, comme pour les adultes, de motifs à violence. Pour autant, des signalements n'évoquent pas de motif et il est juste relaté un constat de violences verbales, physiques, de dégradations. Il est difficile de savoir si cela est dû à un manque de précision de celui qui a fait le signalement à l'ONVS ou parce que le ou les motifs n'ont pas été perçus ou compris par l'adulte et non verbalisés par l'enfant pour différentes raisons (mutisme volontaire, handicap, pensée non clairement formulée, etc.). Quoi qu'il en soit, on comprend que cette violence avec un motif non perçu est une source supplémentaire de difficultés dans l'accompagnement de certains mineurs.

Le mineur reste fragile et il arrive que des signalements rapportent un écroulement une fois la crise de violence passée. Il va pleurer amèrement, non sans que cette crise ait pu d'ailleurs durer un très long temps avec parfois un déroulement en phases alternatives (apaisement, recrudescence). Plusieurs adultes seront venus aider ou se seront relayés pour parvenir à cet apaisement, avec assez régulièrement une désorganisation du service en raison de la mobilisation parfois d'un nombre important de personnels et dans la durée et un impact sur la quiétude des autres mineurs.

Le présent focus évoque par quelques signalements marquants tous les points indiqués ci-dessus et développe d'autres aspects plus particuliers. Comme pour les adultes, la violence des mineurs produit les mêmes effets négatifs (v. introduction, pp. 5-6). Les formations pratiques des personnels à la gestion de l'agressivité verbale et physique, à la communication ainsi que la cohésion des personnels soignants et encadrants s'avèrent indispensables. L'ONVS retient cette autre remarque d'un cadre de santé : « *La notion de cohésion d'équipe à travers la cohérence du projet du service est indispensable dans la réponse thérapeutique apportée au quotidien aux mineurs (enfants et adolescents). La communication, la connaissance du patient et de la physiopathologie sont des facteurs favorisant dans le déclenchement de la crise de violence. Il ressort aussi un autre élément important : "je fais ce que je dis, sinon je ne le dis pas". Les mots ont du sens pour les mineurs et les actions encore plus.* »

■ Des raisons de la violence qui ne sont pas toujours connues ou perçues.

Un enfant violent est un enfant angoissé pour différentes raisons que les personnels soignants peuvent ne pas toujours percevoir. C'est un facteur qui rend les prises en charge parfois difficiles.

- « [...] **Nous entendons le jeune X pleurer. Il nous apprend que Y vient de le frapper violemment dans le ventre et les jambes (rougeurs et hématome constatés par l'infirmière). J'ai aussitôt demandé des explications à Y : "il me cherche des embrouilles, bon, je vais m'excuser et puis ça va". Je lui ai dit que son comportement était inacceptable, que je rédigeais une FDEI et que j'allais prévenir les parents de X et les siens. Dr prévenu, il va le recevoir. S'est excusé auprès de X mais sans pouvoir nous expliquer pourquoi il s'en était pris à X, adolescent très vulnérable.** » (Psychiatrie)

- « **Patient mineur aux antécédents psychiatriques adressé par le SAMU [de tel département] après accord du médecin [de tel CH]. Agressif envers sa mère et le personnel, me crache au visage, jette les objets dans la chambre, déambule dans le couloir.** » (Urgences)

- « [...] **L'IDE lui demande de formuler une demande, il lui bondit dessus en réponse et griffe ses poignets et sa main.** » (Psychiatrie)

- « **Une fille du groupe [untel] a donné des coups de pieds dans le dos d'une autre petite fille. Cela fait plusieurs jours que cet enfant est violente envers les soignants et les enfants même sans frustration.** » (Polyhandicapés)

- « **Un enfant, venu consulter avec sa mère et son beau-père, installé en box 1, a tenté de fuguer en passant par la salle d'attente extérieure pédiatrique. Il est rattrapé par l'équipe et le beau-**

père, que l'enfant frappe au visage au niveau de la salle d'attente extérieure adulte. Le jeune garçon, particulièrement agressif, est reconduit en box 1 par 2 infirmières et l'interne entourés par la 3^e IDE et des membres des urgences adultes ainsi que de la sécurité. Il se débat sur tout le long et le personnel se prend quelques coups au passage. Dans le Box 1, l'enfant, difficilement maîtrisable, jette de colère l'écran d'ordinateur au sol. Puis se calme suite à discussion avec l'équipe et infirmière de la PUL, seul hors de la présence de sa mère et son beau-père. » (Pédiatrie, néonatalogie)

- « **Alors que j'étais dans le couloir, un enfant me saute sur le dos, m'attrape le cou, met ses jambes autour de ma taille et tente de me faire tomber.** L'intervention de l'équipe fut nécessaire pour me dégager de l'enfant. Suite à cet événement, j'ai ressenti de nombreuses douleurs au niveau du dos et du cou tout au long de la journée. **De plus, j'ai été choquée par cette agression, j'y pense encore.** » (Psychiatrie)

■ **Quelques frustrations et contrariétés précisées** générant par les personnels des rappels de consignes sur la vie en collectivité. Il est fait état de coups et/ou de dégradations de matériel.

- « **Le patient mineur regarde la tv, met sa musique forte, il lui est demandé par le soignant de baisser le son, il finit par baisser le son à la troisième sollicitation, revient ramener son tabac et son téléphone portable, soudain se met à contester ses consignes, s'énerve, monte le ton, devient grossier, nous donne des ordres, donne des coups de pieds dans la porte, reprend son tabac, claque la porte et monte vite dans sa chambre, nous le rattrapons, se calme, range son tabac et remonte dans sa chambre et s'endort.** » (Psychiatrie)

- « **Lors d'une prise en charge d'un enfant, en binôme avec une autre collègue, celui-ci n'a pas supporté la remarque d'un soignant et est rentré dans une crise d'agitation et de violence avec coups portés aux adultes présents. Lors de cette crise il m'a donné un coup de tête en plein visage entraînant une forte douleur dentaire.** Consultation chez un chirurgien-dentiste pour constater les faits. » (Foyer d'enfants/adolescents)

- « **Le service de psy X nous appelle pour renfort immédiat suite à une situation de crise impliquant un patient. Nous y allons à 2 IDE. Sur place, un patient est maintenu au sol, face contre terre par un infirmier et 2 infirmières. Nous prenons le relais avec mon collègue et en soulevant de terre nous le reconnaissons : il s'agit du patient mineur de 12 ans que nous avons 15 jours auparavant, qui s'est montré agressif et menaçant suite au refus du personnel soignant de lui rendre sa cigarette électronique. [...]** Cette même cigarette électronique qu'un patient de notre service lui avait vendue ou avait tenté de lui vendre et pour laquelle il avait cherché de toutes forces la somme de 40 euros auprès de son père, de son entourage et du foyer, en vain semble-t-il. **Une deuxième hospitalisation donc pour ce jeune de 12 ans en service fermé qui se solde par une mise en chambre d'isolement après avis médical pour menace, agressivité et violence suite au refus de lui donner sa cigarette électronique qu'il avait achetée 10 jours plus tôt dans notre service fermé.** » (Psychiatrie)

- « **Enfant violent présent depuis plusieurs jours pour agressivité, s'est énervé dans sa chambre suite au départ d'un travailleur social et de la frustration.** A commencé à donner des coups de pied dans la porte de sa chambre, sur les soignants présents dans sa chambre. Traitement de crise donné plus occupation de l'enfant dans le service par notre cadre qui était présente et disponible aux moments des faits. » (Pédiatrie, néonatalogie)

- « **Crise clastique d'un enfant suite à une frustration et d'opposition à participer aux activités groupales. [...]** » ou encore • « **À la fin de la séance d'orthophonie, un enfant supporte mal l'arrêt de cette séance. [...]** **L'enfant attrape la main de l'orthophoniste et retourne l'index sur le pouce, occasionnant une douleur.** » (Psychiatrie)

Pour un enfant violent en raison du manque affectif très fort de « son papa ».

- « Après que le taxi l'a déposé, le jeune est rentré en classe. Très rapidement il a cassé un crayon car il n'arrivait pas à l'utiliser, au fur à mesure il n'a pas pu se contenir et a jeté le matériel (chaises, petite table, chaussures...) à mon encontre. **Il est venu me taper et pendant que je le contenais il essayait de me mordre et me donnait des coups de pied. Cela a duré au moins 20 minutes, puis ensuite il a beaucoup pleuré et s'est mis dans mes bras en me disant que son papa lui manquait énormément.** » (Psychiatrie)

■ **L'impuissance face à des crises à répétition et un sentiment d'insécurité** peuvent marquer les soignants ainsi parfois que les autres enfants qui assistent à des scènes violentes :

- « Énième crise clastique de l'enfant. Nous insulte, nous dénigre, nous rabaisse. **Met en danger les autres enfants. Les met dans un état d'angoisse important** (saignement soudain de nez d'un enfant au moment du repas et un autre enfant qui se plaint de maux de ventre et de nausées). **Enfants et personnel en grande souffrance. Met en échec toutes les activités proposées avec impossibilité de moment de répit pour les autres enfants.** » (Psychiatrie)

- « [...] Nous essayons de le raisonner mais cela ne dure qu'un court moment, le temps qu'on est avec lui. Mais dès que l'on repart à nos soins, car les patients ont besoin de nous aussi, difficile voire impossible d'être tranquille dans un soin, sans être interrompu. Il recommence de nouveau, **nous sommes à ce jour désarmés envers ce patient. Sans aucune solution.** » (Pédiatrie, néonatalogie)

Le signalement qui suit, d'un médecin rédacteur, évoque en détail cette impuissance en raison de la violence récurrente d'un enfant à tel point que le professionnel, *in fine*, pose trois questions quant aux moyens à trouver pour arriver à traiter le cas de cet enfant violent.

- « Une fois de plus, **l'enfant X présentait une tension psychique importante avec provocation, intimidation verbale et psychologique**, nécessitant une première contention physique dans sa chambre avec deux soignants. Il finit par accepter le contrat de rester un temps calme dans sa chambre avec un timer pouvant réguler le temps. Mais très rapidement, **X m'appelle pour que je vienne dans sa chambre, avec le tee-shirt autour du coup et il fait mine de se stranguler, comme cela arrive quotidiennement. Il était alors debout sur son lit. Une fois que j'ai réussi à lui enlever le tee-shirt, il m'a agrippé les cheveux en tentant de me les arracher. Cela durera jusqu'au moment où, grâce à l'intervention de deux soignantes, j'ai réussi à me dégager. Je précise que lorsqu'une soignante lui dit "tu fais mal à Y", X semble prendre du plaisir (rires et regard noir) et il ressert sa prise. Nous l'accompagnons à 3 soignants au salon d'apaisement pour l'isoler. Besoin de 2 soignants pour le maîtriser car essaie encore de nous agresser. Durant ce temps, l'ASH était seule avec l'autre enfant de l'unité. PCI et médecin somaticien de garde prévenus. Situation difficile, depuis plusieurs semaines, liée à un enfant en particulier. **L'équipe est mis à mal par le comportement auto et hétéro agressif de ce dernier. Les personnels, de façon pluri quotidienne, sont amenés à contenir physiquement ce jeune patient. La situation familiale complexe et l'ASE qui n'a plus de famille d'accueil renforce le sentiment d'isolement de l'équipe. À ce jour, la charge mentale est très importante car tout projet semble impossible.** [...] L'état clinique ne permet pas une sortie et comme je l'ai indiqué, il n'y a pas de possibilité avec l'ASE.**

Plusieurs questions se posent :

- ✓ Comment faire avancer la recherche d'un lieu de vie car tout projet ne peut être travaillé sans cela ?
- ✓ Comment permettre à l'équipe de "récupérer" avec un relais d'hospitalisation ailleurs ?
- ✓ Mme Y a validé des HS sur plusieurs amplitudes, mais trouver des personnels est difficile et ces derniers sont épuisés. Comment budgétiser des renforts en personnels systématiques dans ces situations afin de soutenir efficacement l'équipe ? Faut-il interroger l'ARS pour avoir un budget ?

Ces réflexions sont importantes car, nous faisons face à ces situations régulièrement. La situation est préoccupante tant cliniquement pour ce jeune patient que psychiquement pour les membres du personnel de l'unité Z. » (Psychiatrie)

Cet autre signalement évoque la désorganisation d'un service pour la mobilisation d'une seule enfant, qui plus est, très jeune (9 ans), et la difficulté de l'apaiser même avec un traitement.

- « **Crise clastique d'une jeune de 9 ans pendant les transmissions infirmières entre 13h30 et 14h.** Une infirmière s'est détachée pour être avec elle et tentait de la calmer. **Crise qui s'est poursuivie, la jeune a fini par se jeter par terre dans le couloir, devant enfants et parents hospitalisés, avec auto et hétéro agressivité.** Elle a reçu son traitement (tercian 10 gouttes) avec difficulté. La crise ne cédant pas, nous avons dû la porter jusqu'à son lit. À ce moment, l'équipe du matin (2 IDE du service et l'IDE d'hémato onco péd) et l'équipe d'après-midi (2 IDE et 1 AP) était réunie autour de cette patiente pour la maintenir dans son lit. La crise a duré près d'une heure, avec nécessité de l'ensemble du personnel des deux quarts. L'interne de pédopsychiatrie est intervenue et nous avons dû la contentionner après une deuxième prise de tercián pour réussir à la calmer. **Pendant ce temps, le service était plein, sans personne disponible pour les autres enfants, une ado a quitté le service sans prévenir, un autre ado à commencer à s'agiter.** Une IDE des urgences est montée dans le service pour nous faire une entrée car nous étions injoignables et a eu du mal à comprendre que nous n'étions pas disponibles. Face à cela, nous avons tenté de joindre une cadre pour nous aider dans la situation. La cadre de notre service était absente, les autres étaient en formation et la seule cadre présente sur le pôle n'était pas disponible. La cadre supérieure était également absente. [...] » (Unité de soins, pédopsychiatrie, CH)

✓ **Remarque 20** Le caractère délétère des faits de violence sur les professionnels en charge de mineurs⁴⁰

« Enfin, chez les professionnels, la violence des enfants et des adolescents entre eux peut :

- amener une perte de confiance, qui s'exerce de manière directe, envers les adolescents,
- influencer leurs pratiques professionnelles et leurs postures, notamment leur capacité à faire face aux faits de violence quand ils se produisent,
- générer une usure professionnelle, liés notamment à la peur, au sentiment d'impuissance, au risque de mise en cause de leur responsabilité pénale, si la réponse à la situation de violence n'était pas adaptée. »

Bien que cette remarque concerne spécialement les établissements d'accueils pour mineurs, on peut la reporter à d'autres établissements car les effets de la violence sont identiques chez les professionnels, quels qu'en soient les auteurs. Toutefois, on retiendra par rapport au contexte adulte, la peur d'une mise en cause de la responsabilité pénale du professionnel en cas de réponse inadaptée.

- « [...] **L'hétéroagressivité reçue dès 6h du matin est difficile à gérer psychologiquement.** » (Psychiatrie) • « [...] **Traumatisme émotionnel pour les soignants.** [...] » (Foyer enfants/adolescents)

Les effets perturbant se ressentent également chez ceux qui assistent à ces crises de violence.

- « **Enfant en chirurgie pédiatrique agité, tape dans les murs, crie dans le couloir et fait peur aux autres patients et parents.** » (Pédiatrie, néonatalogie)

- [...] **Un enfant fait une crise, il se cogne violemment contre les murs et crie dans les couloirs avec un cri très strident. Son comportement est effrayant pour les autres enfants [...].** » (HDJ, Psychiatrie)

- « **Un enfant de 8 ans [...] Son comportement perturbe énormément les soignants dans la pratique de leurs soins dans la mesure où ils sont sans cesse interrompus et par ses hurlements et par les plaintes des autres enfants du service ainsi que des parents qui voient le sommeil de leur bébé perturbé par ce bruit insupportable de 20h à 23h.** » (Pédiatrie, néonatalogie)

⁴⁰ Source : ANESM, La prévention de la violence entre les adolescents mineurs au sein des établissements d'accueil, 1.2 Le caractère délétère des faits de violence, pp. 7-8.

www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/lettre_cadrage_rbpp_violences_corrigeempmb.pdf

- « Agression d'un ado X par un autre ado Y pendant le repas. **Ayant mal interprété les propos de X assis en face de lui, Y lui saute dessus et l'agresse au niveau de l'abdomen avec le couteau de table à bout rond.** [...] **Les autres ados sont choqués par la violence et l'agression d'un des leurs. Certains nécessitant un entretien et un traitement pour les aider à diminuer l'angoisse. Certains verbalisent la peur d'une récurrence et le fait qu'ils seraient rassurés que ce patient parte dans une autre unité.** [...] Transfert de Y en unité fermée après décision. » (Psychiatrie)

■ **Pour des provocations qui peuvent s'étaler sur de longues heures alternant entre moments de répit et de tension.** Des dégradations et des coups par ou entre des adolescents avec intervention des adultes seront également signalées.

- « **Deux adolescents arrivent sur le temps d'accueil exaltés et dans la provocation notamment avec un adolescent du groupe (obscénités, discours vulgaire, insultes, crachats...).** Repris par les adultes, Si besoin proposé et accepté pour l'un des deux adolescents qui se pose dans la matinée. Concernant le deuxième adolescent, refus de participer aux tâches collectives, refus de participer à l'atelier prévu pour lui. **Continue dans la provocation, durant la discussion avec les soignants du groupe de vie et avec l'intervention de la cadre se rendra sur la fin de l'atelier.** Au moment du repas les deux mêmes jeunes sont à nouveau dans la provocation et très irrespectueux (**bruits animaux, rotent, pètent, jet de nourriture, s'en prennent à nouveau au même jeune du groupe**), repris par les soignants, exclus du repas quelques minutes. Reviennent mais ne peuvent se contenir et recommencent à la fin de repas. **Un des deux adolescents insulte toujours un jeune du groupe (le même que le matin), dans le couloir, ce dernier lui répond, l'autre adolescent lui donne de multiples coups, et ne peut s'arrêter sans l'intervention de deux soignants plus la cadre (contention physique).** Médecin qui intervient avant son départ pour rappeler le cadre et donner la consigne d'appeler la mère du jeune. Entretien avec cadre, soignante, mère du jeune et jeune : suspension des soins jusqu'au rendez-vous médical. » (HDJ, Psychiatrie)

- « Deux jeunes adolescentes ont passé leur début de nuit à dégrader du matériel, ont déposé de gros crachats dans les ascenseurs, lancé des bombes à eau dans le poste infirmiers, dans le couloir, sur les personnes sonnant à la porte des urgences, sur des enfants dans leur lit, ont aussi inondé le couloir et insulté le personnel. Mesures prises : recadrées, nettoyage du service, appel à la sécurité, cadre de garde informé. » (Urgences)

- « Dans la nuit présence de 3 enfants, garçons de 8 et 12 ans, en séjour thérapeutique dans le service. Ces derniers font du tapage dans le couloir ce qui dérange parents et enfants hospitalisés. Ma collègue et moi-même leur rappelons à de nombreuses reprises de faire moins de bruit et de s'isoler dans leur chambre. **Devant leur refus et leur arrogance, appel de l'interne de garde.** Essai à la discussion en vain... **impossibilité de les faire rester dans la chambre, nous recevons coups de pied et morsure de X, 8 ans, tape violemment dans la porte, les 2 autres narguent, rentrent dans les autres chambres, allument les sonnettes, jouent avec le SHA [solution hydro alcoolique].** Situation ingérable car arrivée d'urgence, une hospitalisation adressée par les urgences adultes. **Les parents présents sont indignés. La situation a duré de 20h00 à 01h15.** Nous nous sommes tous sentis impuissants face à ce comportement. **L'agent de sécurité a été appelé en renfort, ce qui ne les a pas empêchés de poursuivre leurs incivilités.** » (Pédiatrie, néonatalogie)

■ **Le temps d'apaisement.** Il peut être très long et nécessite parfois d'autres soignants tant pour calmer le mineur que pour s'occuper des autres mineurs.

- « **Un enfant hospitalisé [dans telle unité] s'est montré agressif sur un autre enfant, s'agite en lançant toute les chaises du service dans le couloir.** Devant cette agitation et cette violence, nous sommes obligées ma collègue et moi de protéger l'autre enfant et de pacifier. **L'enfant toujours en crise nécessite que les deux soignantes restent avec lui pendant plus de 20 minutes.** » (Psychiatrie)

- « Sur la salle de groupe un enfant frappe un autre enfant. Intervention de 2 adultes pour retirer l'enfant qui a frappé le second. Après explication des règles et interdits, l'enfant frappe les 2 adultes présents à plusieurs reprises. **Réassurance, contention physique et isolement de l'enfant dans sa chambre n'y font rien. L'enfant continu de frapper les adultes qui se relaient pour tenter d'apaiser la situation. S'apaise après environ 45 min.** » (Psychiatrie)

- « En poste en HDJ pédiatrique, je m'apprête à rentrer dans une chambre de l'HDJ pour effectuer un soin avec l'interne. Nous entendons et voyons de l'agitation au milieu du couloir de l'aile de pédiatrie, nous nous arrêtons et une auxiliaire nous demande de venir. X est tenu par les bras par 3 soignantes et ont du mal à le maîtriser. Gestes violents, souhait de taper. Pour suppléer les 3 soignantes, je prends le bras de X pour l'amener vers le mur. Il se retourne à ce moment. L'interne arrive à ce moment également et nous le mettons à terre pour le maîtriser. Il essaie de taper et de mordre. Il s'apaise après quelques minutes. Au final : accès de violence dans les couloirs de pédiatrie. Blessures par griffures dans le cou pour moi et coup porté sur l'œil gauche. Pas de saignement actif après 5 minutes. **Nécessité de 4 soignants pour le maîtriser + 1 pour l'apaiser.** Pas de blessures physiques des autres membres de l'équipe, pas de blessures physiques pour X. » (Pédiatrie, néonatalogie)

■ **Quelques expressions typiques annonçant une violence ou expression de la satisfaction de faire mal :** « regard noir », « garde le visage très fermé », « sourire perceptible », « fusiller du regard », « semble prendre du plaisir (rires et regard noir) »

- « Suite à une agitation progressive de l'enfant dans le service, **celui-ci avec un sourire perceptible donne des coups de poings au visage de l'infirmière.** » (Psychiatrie)

- « Un enfant pris en charge sur la structure arrive plus agité que d'habitude, crache sur l'infirmière, jette des objets sur l'infirmière et de la nourriture par terre. **Regard noir, donne des coups de pieds à l'infirmière.** [...] » (Psychiatrie)

- « [...] **L'enfant tente de nous donner des coups de pied au visage puis envoie plusieurs coups dans les jambes et les parties intimes, de façon intentionnelle en criant "Bim dans les castagnettes", accompagné de crachats au visage.** [...] douleurs dorsales pour les deux soignantes. » (Psychiatrie)

- « [...] Une jeune ado donne [...] **fort coup de poing dans le ventre. La soignante n'a pu voir le regard de l'ado, car ses cheveux recouvraient son visage.** [...] Ce coup a été perçu par la soignante comme imprévisible car juste avant la patiente avait pu lui exprimer le bien être ressenti durant la douche. La soignante stoppe l'interaction reporte à plus tard les soins, quitte la chambre, et **voit par le hublot la patiente faire un "doigt d'honneur".** » (Psychiatrie)

■ **Menaces physiques et vocabulaire ordurier, rabaissant.**

- « Menaces de mort réitérées. Un patient **mineur hospitalisé en orthopédie est reçu par l'assistante sociale** du service. **Refusant les explications qu'elle lui donne, concernant sa prise en charge, l'injure puis la menace de mort par le feu - Il crache au sol en sortant du bureau.** » (Chirurgie)

- « Nous devons réaliser un lavement à la paraffine à un mineur. Celui-ci a reçu les explications au préalable. Nous réalisons le soin sous MEOPA. **Très vite, il se détend, rigole puis a tenu des propos très vulgaires à notre rencontre en lien avec le sexe.** » (Pédiatrie, néonatalogie)

- « Agression verbale par deux jeunes patients sortants dont un mineur attendant ses parents, sur secrétaire bureau sorties, **propos injurieux avec menace de mort.** » (Urgences)

- « Patient mineur hospitalisé en observation. Refuse les consignes (doit rester allongé pour fracture vertèbre). **Insulte ses parents et menace de frapper le personnel et le médecin.** » (UHCD/UHTCD)

- « Deux jeunes hommes se présentent à l'accueil mécontents, pour cause, une non prise en charge aux urgences. **L'un des 2 hommes seulement âgé de 17 ans exigeait des soins pour une main douloureuse depuis plusieurs jours, celui-ci étant mineur, non émancipé et n'a pas de responsable légal pour le représenter ni à contacter. Il m'ordonne avec vulgarité de venir avec lui pour l'accompagner au service des urgences afin que j'oblige les médecins à le prendre en charge. Évidemment je refuse tout en essayant de lui proposer des solutions, [...]** » (Accueil standard, CH)

- « **Un patient de 8 ans nous a insulté "n... ta mère" et injurié "tu me casses les c..." car il n'obtient pas ce qu'il veut mais surtout car la salle de jeux est fermée le week-end et que la charge de travail ne nous permet pas d'être tout le temps disponible pour lui. Il est hospitalisé depuis plusieurs semaines et ne sort presque pas des locaux. Il a forcé l'accès à un ordinateur et tapé 2 collègues qui s'y opposaient.** » (Pédiatrie, néonatalogie)

- « **Une patiente mineure s'est présentée au secrétariat. Alors que je veux lui proposer un rendez-vous elle devient agressive et insultante envers le médecin gynécologue et l'infirmière présents avec moi.** » (Gynécologie, obstétrique, maternité)

■ **Quelques signalements de violences sans arme entre mineurs et sur adultes.** Lors de l'intervention des adultes pour calmer les enfants, les violences peuvent se retourner contre eux.

- « **Dispute entre un enfant de 11 ans et un autre enfant de 9 ans. Il a insulté et agressé l'enfant et sa maman, a essayé de l'étrangler. Il a jeté ses lunettes par terre, les a écrasées. Les lunettes ont été cassées.** » (Pédiatrie, néonatalogie)

- « **Nouvelle entrée ce jour en SPL, mineur, lors du départ de la famille accompagnatrice, le jeune devient de plus en plus tendu. Jusqu'au point de rupture, avec passage à l'acte sur une soignante de l'unité par tentative de strangulation.** » (Psychiatrie)

- « **Un enfant court à l'étage en colère, pour atteindre la salle d'apaisement où il peut libérer ses émotions. L'IDE le suit, en lui témoignant son soutien, afin qu'il soit rassuré. Un autre enfant plus jeune est déjà dans les escaliers où il attend l'heure des repas. Le premier enfant claque la grille qui retentit très fort. Ce bruit a probablement effrayé le deuxième enfant. En montant pour le rejoindre dans l'escalier en colimaçon, l'IDE a la tête qui se trouve à hauteur de son pied. Il lui donne alors un grand coup de pied dans la tête. L'IDE se retrouve sonnée car a cogné la tête à l'arrière de la grille. Comme cela a créé un nouveau bruit fort dans l'escalier, l'enfant, à nouveau effrayé, la gifle alors qu'elle n'avait pas tous ses réflexes.** » (Psychiatrie)

- « [...] **Juste avant le temps du repas, dans un contexte de conflit et d'agitation entre les enfants de son groupe d'accueil, X, psychomotricien, a tenté de séparer deux enfants. Il a alors reçu un coup de pied de l'un deux au niveau du pouce de la main droite. Sous l'effet du coup, son pouce a été tordu, et par la suite il est devenu gonflé et douloureux.** [...] » (Psychiatrie)

- « **Bris de lunettes et de dents occasionnés par une patiente mineure à l'encontre d'un médecin lors des soins prodigués.** » (Urgences)

- « **Lors du change de X, enfant de tel groupe, nous sommes obligés de le maintenir à deux (agitation extrême) pour pouvoir effectuer le change. X arrive à se libérer et me donne un coup**

particulièrement violent au niveau de l'œil. Nous avons fini le change à quatre car l'agitation et l'agressivité étaient extrêmes. » (Polyhandicapés, CH)

- « Une **infirmière s'est faite agresser physiquement (violence volontaire - coup de tête)** par un jeune patient (13 ans). **Ce patient était très agité sur son brancard, il se tapait la jambe très fort contre les protections, à tel point que l'infirmière craignait qu'il ne se fracture la jambe.** L'infirmière et son collègue ont décidé de la transférer sur son lit afin de limiter le risque de blessure pour le patient. **En se penchant pour porter le patient, ce dernier lui a mis un coup de tête et a jeté tous les objets qui étaient à la portée de ses mains.** » (SSR)

- « **Patiente mineure psychotique en CSI 24h/24 7j/7 depuis plusieurs semaines ; après prise de traitement de 16h en avance de 15mn, lorsque nous devons la sortir de CSI pour un tour dans le patio extérieur de [telle unité] sur consigne médicale, une fois la porte de la CSI passée, lève le poing en direction des soignants avant de les agresser violemment, coups de poing, coups de pied sur les soignants présents.** Appel à renfort PTI, mise en CSI, contentions, PH de garde prévenu. » (Psychiatrie)

- « **Un enfant atteint de troubles autistiques a violemment tapé sur la tête de l'infirmière qui a un problème aux cervicales : médicaments et séance d'ostéopathie nécessaire.** » (HDJ, CH)

- « **En pédopsychiatrie, lors d'une consultation médicale - ASE - d'un adolescent de 17 ans, décompensé, ce dernier a frappé en donnant un coup de pied au médecin et un coup de poing à l'assistante sociale.** » (CMP)

- « **Un jeune patient cherche à s'en prendre à un autre, intervention d'un soignant pour faire barrage. Pacification OMEGA. Le jeune s'énerve de plus en plus, intervention de 3 soignantes pour tenter de le calmer, proposition d'aller en salle retour au calme ce qu'il refuse en insultant et menaçant. Nous nous approchons alors pour intervenir physiquement pour l'accompagner en salle retour au calme, violence physique en retour, donne des coups de pied, griffe, a déchiré le pull d'une soignante. Hématomes, douleur coude pour une soignante, douleur mâchoire pour une autre soignante et pull déchiré. Une IDE a été accompagnée aux urgences (douleur aigüe au coude --> 10 jours d'arrêt de travail pour une lésion du nerf cubital).** » (HDJ, CH)

Deux signalements à une semaine d'écart pour un conflit entre deux adolescents, conflit qui perdure et perturbe la vie au sein de cet établissement.

- « **Rixe violente et soudaine entre 2 adolescents avec coups de poing et de pied, même après que la jeune femme soit au sol. Séparation par deux IDE des protagonistes et mise en sécurité des autres patients. Demande de renfort et appel du médecin de garde.** » (Psychiatrie). Suite du signalement la semaine suivante : • « **Après une violente rixe entre deux jeunes la semaine précédente, retour du patient accompagné par sa mère. Au cours de l'entretien IDE : le jeune homme est très fermé, instable, tient des propos très agressifs envers l'adolescente avec qui il a eu une violente altercation antérieurement. L'adolescent est très tendu, inaccessible au discours des soignants et verbalise "de toute façon je m'en fous, je sais que je vais me faire virer", "je vais recommencer". Médecin contacté pour prise en charge.** » (Psychiatrie)

Les morsures. Parmi ces violences sans arme, les morsures faites par des mineurs sont assez fréquemment signalées avec des plaies ouvertes parfois profondes, et ont lieu sur toute partie du corps, rendant donc difficile la prévention de ces gestes et la vigilance pour les personnels de santé.

- « **L'enfant X (patient de l'hôpital de jour de [tel hôpital]) a mordu la jambe de Mme Y, avec plaie ouverte, lors d'une prise en charge. L'enfant a crié "j'ai faim, j'ai faim..." avant de passer à l'acte.** » (HDJ, CH)

- « Une enfant du groupe instable niveau comportemental (dysrégularité émotionnelle) se trouve dans une période d'agressivité (auto et hétéro). Elle s'en prend physiquement aux adultes et aux enfants (coups, claques, griffures, morsures). En voulant intervenir pour protéger les enfants et adultes, la jeune fille m'a mordu au poignet droit. » (Polyhandicapés)
- « Agent de sûreté intervenue pour aider à une contention, s'est fait mordre par la patiente mineure toxicomane. » (Urgences pédiatriques)
- « Un enfant était très agité, en l'accompagnant dans sa chambre pour un temps calme, il m'a attrapé la main gauche et m'a mordu. Difficultés à pouvoir extraire ma main de sa bouche, il mordait avec force et ne lâchait pas malgré mes demandes. [...] » (Psychiatrie)
- « Le patient est suivi à l'hôpital de jour pour un trouble envahissant du développement et présente des troubles importants du comportement. Pris en charge ce jour de 9h à 12h. L'enfant présentait une agitation importante et commençait à se taper la tête. Afin de le protéger, l'éducatrice spécialisée assurant sa prise en charge a voulu mettre sa main sur la tête de l'enfant. Au moment où elle a posé sa main sur la tête, il l'a mordu. Cela a nécessité l'intervention de 2 autres soignants pour que l'enfant puisse lâcher son bras. Morsure importante avec effraction cutanée. Déclaration d'accident de travail faite. » (Psychiatrie)

Les étudiants et élèves découvrent à leurs dépens cette violence, au même titre que ceux qui font leur stage dans des services pour adultes. On notera avec intérêt le commentaire *in fine* dans ce premier signalement (voir également des cas de violences par des majeurs p. 87).

- « Alors que Y, étudiante IFSI, était à la bibliothèque avec Z, échangeant sur ses centres d'intérêt, Z s'excite et dans des gestes d'agitation stéréotypiques, il griffe violemment Y à la cuisse avec un stylo. Griffure constatée : 10 cm à la cuisse droite. Plaie propre, sans saignement. [...] Y ne souhaite pas rencontrer la psychologue du travail. Situation clarifiée avec elle dans la relation de soin avec l'adolescent et sur le fonctionnement des suites à donner à une situation de violence. » (HDJ, Psychiatrie)
- « Déclaration par l'éducatrice spécialisée, concernant un évènement sur l'étudiante infirmière, stagiaire. Elle était en séance d'ergothérapie avec l'enfant et l'ergothérapeute, afin d'observer la séance et aider la professionnelle. L'enfant s'est approché d'elle et lui a donné un violent coup de tête dans la pommette. Elle a eu très mal et présente un hématome qui a enflé. Demande d'excuses à l'enfant, puis pose d'un patch glacé sur la pommette de l'étudiante stagiaire. » (Foyer enfants/Adolescents).
- « Dans le contexte du départ d'un adolescent, dans le hall de l'HDJ X [pour adolescents], une étudiante IDE 3^e année en accompagnant ce patient mineur avec une soignante de l'unité, a été victime d'une agression physique. L'étudiante portait le dispositif d'alerte de travailleur isolé que le patient mineur a arraché et a jeté au sol. Dans le même temps, le patient s'est dirigé vers l'étudiante et lui a donné un coup de pied au niveau du flanc gauche. L'étudiante s'est protégée, le chauffeur de taxi qui venait chercher l'adolescent et les soignants de l'unité sont arrivés en renfort. [...] Les médecins ont reçu l'étudiante suite à cette agression physique. » (Psychiatrie)

■ **Violences physiques avec arme et/ou dégradations entre enfants et/ou sur adultes.** Il s'agit de la plupart du temps d'armes par destination, mais comme chez les adultes, les conséquences sont néfastes.

- « Ce matin, à l'occasion du petit déjeuner, altercation entre X et la jeune Y. X, atteint du syndrome Gilles de la Tourette, a envoyé un couteau en direction de Y (cela peut faire partie de ses tics) ; Y a très violemment réagi en se saisissant du couteau et en voulant frapper X avec. Situation

particulièrement tendue entre ces deux adolescents. X ne pouvant se contrôler et Y ne pouvant être raisonnée et ne comprenant pas les difficultés de X. [...] » (Unité de soins, Psychiatrie)

- **« [...] Quand je lui demande de sortir de la salle, il [l'enfant] s'emporte et m'attaque avec ses chaussures de foot à crampons en me frappant violemment à plusieurs reprises. » (Foyer d'enfance/Adolescents)**

- **« J'ai dû intervenir auprès d'un enfant alors qu'il donnait un coup de poing sur l'écran de télé, je l'ai sorti dans le couloir en lui précisant que nous resterions là un moment afin qu'il se calme. J'étais alors accroupie pour être à sa hauteur et l'enfant s'est retourné pour me jeter sa paire de lunettes au visage. Je l'ai reçue au niveau de mon œil droit, ce qui a déclenché une vive douleur. Mes collègues ont pris le relai auprès de l'enfant car j'étais dans l'incapacité à poursuivre avec lui. Une infirmière m'a soignée. » (Psychiatrie)**

- **« L'enfant plante une paire de ciseaux dans le bras de l'interne voulant s'interposer entre un autre enfant et l'agresseur. » (Psychiatrie)**

- **« Un enfant a violemment jeté un objet en direction d'un autre enfant qui l'a reçu sur le visage au niveau du front. Ce dernier, très en colère, a attrapé l'autre enfant pour se venger et l'a griffé sur les cheveux et le nez. Intervention des adultes pour séparer les enfants. » (Psychiatrie)**

- **« 2 ados fugueurs ramenés dans le service par les agents de sécurité, ils sont agressifs, insultent les agents. Un des 2 donne des coups de poing, est mis au sol puis trainé dans le service dans une salle. Il profite d'être lâché pour lancer une table basse au visage de l'agent qui l'esquive. Une soignante venue aider, se prend 2 coups de pied dans le ventre. » (Services techniques, sécurité)**

- **« Alors qu'un enfant de l'unité cherche à rentrer dans la chambre du 2^e enfant, ce dernier court après lui, l'attrape et le jette contre le cadre d'une porte de chambre. Cela entraîne alors une plaie d'environ 1 cm sur le front côté droit, nécessitant l'intervention du médecin somaticien de garde afin de prodiguer des soins (colle sur la plaie) auprès du 1^{er} enfant. » (Psychiatrie)**

- **« Altercation, agression et injures entre des adolescents. Ils ont utilisé des chaises comme projectile sur les uns, les autres et le personnel. Intervention de l'équipe (4 agents) pour les séparer et apaiser la situation. [...] » (Psychiatrie)**

- **« En pédopsychiatrie, en allant chercher un enfant pris en charge à l'hôpital de jour pour son temps classe, ce dernier a refusé et lancé une balle en bois au visage de l'enseignante la blessant au nez et cassant ses lunettes. » (HDJ, Pédopsychiatrie)**

- **« Une soignante est intervenue en criant auprès d'un enfant qui menaçait une collègue stagiaire avec un extincteur. Auparavant, cet enfant avait proféré des insultes envers d'autres enfants accueillis et avait tapé l'un d'entre eux. La soignante a suivi l'enfant dehors, tout en le reprenant sur son comportement, et il lui a lancé une chaise au visage. Le pied de la chaise a tapé le nez de la soignante, occasionnant un probable fracture. » (HDJ, Psychiatrie)**

- **« Au retour d'une activité extérieure, le groupe d'enfants doit se rendre dans la salle repas. Un des enfants du groupe saisit un couteau pointu, fait le geste de le pointer vers nous à plusieurs reprises. » (HDJ, Psychiatrie)**

- **« L'enfant est dans le bain... [...] Il entre rapidement en état de fureur et ma collègue appelle à l'aide. J'interviens et voit qu'il tente de nous asperger de savon liquide et de nous projeter les flacons**

au visage... Il avait auparavant arraché le flexible de la douche, il s'en saisit et le fait tourner rapidement et violemment... La pomme de douche effleure mon visage et vient frapper mes lunettes de vue qui sont projetées violemment contre le mur. Celles-ci sont détruites. [...] » (Psychiatrie)

- « Un enfant très tendu a été mis en chambre d'isolement avant notre arrivée. J'accompagne l'interne de garde pour discuter avec l'enfant. **Celui-ci a réussi à attraper des fils électriques qui pendaient du plafond, en a arraché certains et cherche à nous frapper avec en s'en servant comme d'un fouet.** L'isolement est levé car il n'est pas en sécurité dans cette chambre. **Je précise que d'autres chambres présentent le même problème depuis quelques jours. D'autres enfants pourraient facilement les attraper et se pendre.** » (Psychiatrie)

Violences nécessitant l'intervention des forces de l'ordre.

- « Patient dans la provocation avec le personnel dès son arrivée dans l'unité, recadrage effectué par l'équipe et le cadre de santé, le patient se rebelle, nécessitant une contention physique. Dans un deuxième temps le patient monte à nouveau, **il se procure un bâton dans la cuisine, tente de frapper un personnel et lance des galets, casse le matériel mobilier de l'HDJ.** Patient très menaçant notamment envers le cadre de l'unité. **Perturbation de l'ensemble des activités de l'unité, les autres enfants ont été confinés dans des pièces respectives avec un soignant le temps de gérer la crise à l'extérieur. Nécessité de faire intervenir la gendarmerie pour désarmer l'adolescent et l'accompagner aux urgences.** [...] » (HDJ, Pédopsychiatrie)

■ **Les violences dans les véhicules lors de transports d'enfants (de l'établissement ou taxi) : un risque non négligeable.** Quelques signalements évoquent, dans ce cadre, des conflits entre enfants ou avec des adultes générant des violences volontaires ainsi que des crises clastiques. La maîtrise de la situation et le retour au calme, avec le risque évident d'un accident de la route qui aurait pu s'ensuivre, se font non sans mal. Il ne ressort pas des signalements l'existence d'une quelconque protection à l'endroit du conducteur alors qu'on relèvera qu'il est lui aussi parfois victime de violences. Lorsque ce sont des taxis qui assurent les transports, le danger est le même, d'autant qu'aucun adulte ne l'assiste.

- « En revenant en voiture de l'atelier [xyz], un conflit apparaît entre deux enfants. S'insultent, essaient de se taper. Malgré la reprise par les soignants, la situation ne s'apaise pas. **Celui qui se trouve derrière le conducteur (moi) reproduit ce que l'enfant lui fait subir sur le trajet : me tire les cheveux, donne des coups de pied dans le siège et tire sur ma ceinture.** » (HDJ, Psychiatrie)

- « Lors d'une sortie thérapeutique avec un véhicule de l'hôpital, l'enfant a fait une crise clastique sur le trajet du retour. **Il a essayé de sauter du véhicule en marche, alors roulant sur une 2X2 voies, maîtrisé par l'éducateur à ses côtés.** [...] » (CATTP)

- « À l'arrivée des enfants, une ambulancière nous informe qu'elle rencontre des difficultés avec un enfant. **Que celui à plusieurs reprises a fait des mises en danger envers le conducteur ou les enfants, à son arrivée il est très excité. L'enfant en question, ce matin, a frappé à plusieurs reprises un autre enfant assis à côté de lui. L'ambulancière nous dit avoir eu besoin d'intervenir pour protéger ce dernier. Elle même se serait fait mordre et griffer.** Nous constatons effectivement que l'enfant agressé est en pleurs. » (Psychiatrie)

- « Retour d'atelier extérieur alors que tout se déroulait bien depuis notre départ, dans [la fourgonnette] **l'enfant X s'est mis à mettre des coups de pied dans le dossier de l'enfant qui est assis devant lui puis essaie de le frapper avec sa main sur sa tête et ensuite lui saisit sa ceinture et tire très fort dessus ce qui étrangle l'enfant. L'enfant X a réitéré ces différents gestes plusieurs fois.** » (HDJ, Psychiatrie)

- « Un enfant s'est violemment cogné la tête contre l'appui tête et a vivement réagi en ayant des gestes hétéro-agressifs envers l'adulte qui était près de lui en essayant de la griffer, la mordre et taper ; **ma collègue étudiante infirmière, qui était à l'arrière du siège a voulu m'aider à me dégager**

et a alors été mordue à l'avant-bras. Le minibus a été arrêté d'urgence sur le bas-côté et nous avons dû sortir l'enfant pour le contenir, il a alors griffé une autre étudiante infirmière à la cheville. » (Foyer enfants/Adolescents)

- « En voiture, lors d'un déplacement : **l'enfant nécessite deux adultes lors des déplacements. La stagiaire infirmière était à côté de lui et devait lui tenir les mains car ce dernier venait de tirer les cheveux de la soignante qui conduisait le véhicule. Pour protester, l'enfant a hurlé de manière très stridente dans les oreilles de la stagiaire, qui a subi sur le coup des acouphènes et des douleurs au tympan droit, qui durent depuis une semaine.** » (Autres, CH)

- « [...] avec l'ambulance n°X, **deux ambulanciers ont pris en charge le jeune dans l'établissement Y. L'enfant était au réfectoire quand nous sommes arrivés. Il était déjà énervé (lancé d'objets, refus de s'habiller). Ensuite trois éducateurs l'ont porté jusqu'à l'ambulance. Une fois dans l'ambulance il s'est prostré à l'intérieur de l'ambulance, refusant de monter sur le brancard. Une fois les portes fermées il s'est mis complètement nu et a uriné et déféqué dans l'ambulance. Il nous a lancé ses excréments.** [...] Le médecin a fait une prescription pour la mise en place de sangles de contention. Une fois les sangles de contentions mise en place, il s'est tenu calme et le trajet s'est déroulé sans problème. » (Foyer enfants/Adolescents)

■ **Violences envers soi-même.** Une des caractéristiques des violences signalées à l'ONVS sont celles que se font les mineurs à eux-mêmes. Les raisons sont diverses et pas forcément relatées. Ces violences se retournent aussi fréquemment contre les personnels qui veulent les protéger. La gestion de ces situations est considérée comme particulièrement délicate par les personnels.

- « **Patient de pédiatrie qui s'énerve, se tape la tête contre les murs. Il se met la tête dans les toilettes. Agité +++ s'étrangle, se mord...** Nous avons essayé de l'immobiliser au lit avec beaucoup de mal... Il nous a craché dessus, nous a griffé et donné des coups de pied... Intervention de la sécurité mais pas de contention dans le service. » (Pédiatrie, néonatalogie)

- « **Enfant de huit ans arrivant des urgences pour crise clastique. Calme à son arrivée, mais rapidement crise déclenchée lorsque la maman lui dit qu'elle ne restera pas la nuit. Se tape la tête contre les murs et par terre, puis va dans la salle de jeu où il casse du matériel et jette du mobilier...** Lorsque nous avons voulu le maîtriser et le sécuriser (maman, IDE, AP), il tape, mord crache, donne des coups de pied : maman + IDE avons reçu des coups violents. Hématome au bras gauche pendant plus de 15 jours pour IDE de pédiatrie. » (Pédiatrie, néonatalogie)

- « **Patient mineur arrivé en début d'après-midi plus ou moins calme, exprimant un mécontentement d'être dans un service adulte et opposant à la prise d'un traitement. Une première tentative de vol de solution médicamenteuse lors de la distribution du traitement, qui a nécessité un premier recadrage sur conséquences que pouvait avoir de tels comportements. Se montre provocateur : "je suis curieux de voir ça" dit-il. Par la suite regard noir, observateur vis-à-vis d'une infirmière de l'équipe. Se cache derrière une porte pour un éventuel passage à l'acte hétéro agressif. Cherche des moyens de sortir du pavillon qui était fermé à cette heure. Retrouvé escaladant le mur dans le jardin de l'unité. Par la suite entretien avec tentative d'administration du traitement prescrit qu'il avait recraché. Regard noir et tension qui s'intensifie. Appel au cadre de garde pour la venue du médecin de garde. Par la suite accompagné en chambre pour le sécuriser. Se dit halluciner et que les voix lui disent de faire du mal aux autres et que cela lui fait énormément de bien. Juste après, le patient se tient la tête et la frappe contre le mur. À ce moment nous essayons de lui éviter d'éventuelles blessures. Il se retourne contre moi avec une tentative de strangulation, nécessite le PTI et la mise de contention, dès lors multiples insultes et menaces, tentative de morsure.** » (Psychiatrie)

- « Nous accompagnons un **enfant autiste, qui ne parle pas, à une consultation dentaire (soins de caries).** À notre arrivée, nous expliquons les troubles de l'enfant. Lorsque le dentiste approche

l'ustensile de sa bouche, l'enfant manifeste des signes d'opposition (ferme la bouche, mouvement de recul, serre les dents, met sa main devant la bouche etc..). Dans un premier temps le dentiste tente de lui ouvrir la bouche à l'aide de ses mains. Ensuite, le professionnel lui pince le nez afin que le patient ouvre sa bouche. L'enfant devient alors auto agressif (se mord et se tape la tête) et hétéro agressif (griffe les soignants, se débat). La consultation s'achève face à l'impossibilité de poursuivre les soins. Nous nous questionnons sur l'adaptation des consultations dentaires concernant les enfants autistes. » (Psychiatrie)

Pour un jeune patient qui tente de protéger un autre jeune patient qui veut se faire du mal.

- *« Le jeune X a frappé le patient V alors que le patient V essayait de l'empêcher de se faire du mal. En effet, le patient X s'était mis un couteau sous la gorge. Le patient frappé s'est plaint de douleurs au thorax. » (Pédiatrie, néonatalogie)*

Pour éviter les automutilations (dont scarification) au moyen d'un objet, une attention particulière doit être portée quant à la matière utilisée, celle-ci pouvant être source de facilitation du passage à l'acte.

- *« Depuis la disparition de la livraison des gobelets en plastique, plusieurs verres ont été cassés par des patients adolescents, volontairement ou involontairement, avec récupération des débris de verre. Malgré les tentatives de récupération des débris de verre, il arrive que certains jeunes réussissent à en dissimuler, dans le but de se scarifier avec, de les faire circuler entre eux, ou de nous menacer avec. De plus, dans ce service de prise en charge de patients en crise, nous sommes fréquemment amenés à délivrer des traitements si besoin dans des situations de grande agitation, il est donc inadapté et dangereux pour les patients et les soignants d'utiliser des verres en verre. » (Unité de soins, Psychiatrie)*

■ **Agressions sexuelles.** Peu de violences de ce type sont signalées. Les mineurs sont victimes mais aussi auteurs sur d'autres mineurs ou des majeurs.

- *« Patiente mineure de 16 ans, fragile et avec peu de "défense" qui se fait "envahir" par des patients hommes majeurs de l'unité... Très sollicitée par des attentions envahissantes : discussions, prêts de livres, etc. Un patient (46 ans) a été ce matin jusqu'à l'embrasser sur la bouche. Le patient en question a été revu par le médecin, il nie les faits. Je lui précise que son comportement pourrait remettre en cause tout son projet de sortie. Je rajoute que pour éviter tout malentendu, je lui demande instamment de se tenir à distance de la patiente mineure. » (Psychiatrie)*

- *« À telle date, lors de l'hospitalisation d'un patient dans l'unité X, une patiente mineure évoque des attouchements par ce patient lors d'une précédente hospitalisation dans l'unité Y. Ce patient est aussitôt transféré dans une autre unité. Les parents sont prévenus, ont eu un rendez-vous avec le médecin et la patiente. La patiente ne souhaite pas donner suite à ses propos. Une semaine plus tard, la patiente reparle à une infirmière des attouchements subis, n'aurait pas tout verbalisé, médecin prévenu. Lors de l'entretien médical évoque pénétration sexuelle par l'agresseur et désire porter Plainte Parents prévenus, ont pris rendez-vous pour telle date. » (Psychiatrie)*

Ce sont parfois les parents qui signalent aux soignants des faits qui se sont déroulés plusieurs jours auparavant, rendant dès lors toute constatation encore plus difficile.

- *« Dans le cadre d'un atelier thérapeutique, les soignants proposent aux 4 adolescents présents sur l'unité de visionner un film. Le matériel dysfonctionne et les deux soignantes, en référence sur cet atelier, essaient d'installer le film pour le visionner. Pendant ce temps, deux adolescents et une adolescente partent en direction du foyer. 5 minutes après, ne les voyant pas revenir, une des soignante va demander aux adolescents de revenir dans l'atelier. Elle voit un adolescent devant la porte du foyer qui est fermée. Elle entre dans la pièce, les deux adolescents sont assis sur les fauteuils du foyer. Elle demande aux adolescents de réintégrer l'atelier. Ce jour-là, aucun des adolescents ne verbalisent de raison par rapport à leur sortie momentanée de cet atelier. Un mois plus tard l'équipe de l'HDJ reçoit un appel de la mère de cette adolescente, qui explique que sa fille lui a évoqué avoir subi des attouchements d'un autre adolescent présent sur la structure ce jour-là, alors qu'un deuxième*

adolescent faisait le gué. Sa fille lui précise qu'elle n'a pas été en capacité de le dire aux soignants. [...]. *Plainte déposée. Prises de mesures médicales, administratives en lien avec les parents.* » (Psychiatrie)

Comme cela avait déjà été souligné dans le Rapport 2019 (données 2018) concernant les adultes (✓ remarque 20 page 127), il convient pour les professionnels de s'assurer de la matérialité des faits d'une agression sexuelle dans les services de psychiatrie et les services spécialisés notamment en l'absence d'éléments objectifs et probants (traces de violence sexuelles et/ou physiques sur la victime, traces sur les vêtements et sous-vêtements, prostration de la victime en raison du traumatisme subi), et de l'impossibilité ou la grande difficulté pour la victime de relater l'événement avec cohérence en raison de la pathologie ou d'une déficience dont elle souffre.

Outre le problème d'une violence sexuelle difficile à déterminer, on retiendra dans les deux cas suivants que c'est en raison d'une moindre surveillance des soignants lors des transmissions qu'une relation sexuelle a pu apparemment avoir lieu :

- « **Une adolescente révèle à une soignante qu'un ado serait rentré dans sa chambre au moment des transmissions et lui aurait fait une pénétration digitale. Elle précise que cet acte était consenti par les 2 parties. Ceci a été repris en entretien par le médecin, l'adolescente revient sur les propos et se contredit en disant qu'elle n'était pas consentante au moment des faits.** » (Psychiatrie)

- « **Au moment des traitements, un patient mineur est retrouvé dans la chambre d'une patiente qui dort profondément, avec la main sous son tee-shirt. Vu en flagrant délit, se jette par terre, essaye de se cacher sous le lit. Dans le dossier médical, présence d'antécédents d'agressions sexuelles. Mis en isolement avec multiples insultes et vu par le psychiatre de garde. Ensuite lors du repas, crise clastique caractérial avec jet d'assiette plastique sur un soignant. Pour le Dr, la patiente est très désinhibée. Le dépôt de plainte n'est pas d'actualité en raison de la clinique de cette dernière.** » (Psychiatrie)

Pour des exhibitions sexuelles entre mineurs, demandant aux personnels une très forte vigilance.

- « **Une patiente mineure s'est exhibée devant les autres, ce qui a entraîné une réaction violente du groupe d'ado. La patiente se montre violente physiquement sur le matériel, sur elle-même et les soignants, balance les fauteuils et essaie de mordre et de donner des coups blessant deux soignantes.** » (Psychiatrie)

- « **X a montré son sexe à un autre jeune à l'abri des regards des adultes. Repris, X montre son mécontentement en insultant et tapant l'adulte. Besoin d'être contenu physiquement. X reste sur sa position en disant "c'est moi qui commande, je fais ce que je veux".** » (Psychiatrie)

■ **L'alcoolisation, la prise de stupéfiants ou encore l'intoxication médicamenteuse volontaire.**

Elles entraînent, comme chez les adultes, des violences verbales, physiques et des dégradations. C'est plus particulièrement dans les services des urgences que ces faits sont signalés à l'ONVS.

- « **Un patient connu comme toxicomane "mineur isolé" du service d'orthopédie rend visite à l'assistante sociale afin d'obtenir une ordonnance - suite au refus de cette dernière, il se met en colère et la menace de mort disant qu'il reviendrait la brûler.** » (Autres, CH)

- « **Un adolescent hospitalisé en pédiatrie a menacé l'équipe de mettre le feu dans l'hôpital et de frapper les soignantes. Hospitalisé dans la nuit sans identité fiable dans un contexte de prise de toxiques massives, il a été très virulent dès son réveil. Appel d'aide auprès [de tel service] pour évaluation mais pas de déplacement de l'équipe. Échange fait entre le jeune adolescent et le médecin pour temporiser. Il vole les papiers et le portable du chef de service pour fuguer ensuite de l'hôpital.** » (Pédiatrie)

- « **Jeune fille mineure de 17 ans alcoolisée qui nécessite des soins. Tentative de fugue du service, avec par la suite agitation aigüe : coups, griffures, crachats, insultes, menaces de mort sur personnes et familles. Réaction : contention physique avec discussion + sédation médicamenteuse.** » (Urgences)

- « **Je suis l'interne de garde aux urgences pédiatriques, j'ai été appelé en renfort pour gérer et canaliser une enfant hospitalisée pour Intoxication médicamenteuse volontaire.** L'enfant a commencé à s'agiter lors de son entrée dans le service de pédiatrie. **Elle m'a griffé et craché dessus alors qu'on essayait de la calmer.** » (Urgences pédiatriques)

- « **Patient mineur, alcoolisé et ayant consommé deux joints** selon lui, très agité et violent a craché au visage, insulté, menacé de mort avec **coups de poing et pied, plusieurs soignants et autres personnes.** Personnel soignant choqué par la situation. **Cinq personnes ont porté Plainte L'établissement se porte partie civile** auprès de Monsieur le procureur de la République. » (Urgences)

- « **Patiente de 15 ans admise ce jour et en provenance du foyer qui, lors de l'inventaire de ses affaires avait "égéré" une cigarette roulée avec de la résine de cannabis trouvée par l'IDE.** Médecin de l'unité et coordinatrice du foyer informés. **La patiente a été reprise en entretien cadre + IDE référent avec information d'exclusion possible si réitération et consommation de cannabis dans l'unité.** » (Psychiatrie)

■ **La violence de très jeunes enfants (jusqu'à 10 ans).** Les effets physiques et psychologiques sont importants et encore plus choquants en raison du très jeune âge. Il apparaît également au regard des déplacements sur site de l'ONVS que cette violence est de plus en plus fréquente et demande aux soignants une plus grande disponibilité pour ces très jeunes enfants en très grande souffrance. Cette violence semble rarement orientée vers une personne. Elle est explosive.

- « **Agression physique et sonore par un enfant de 4 ans et demi sur la psychologue qui le prend en charge.** Cheveux arrachés, cris pendant 25 minutes. » (CMP)

- « **Agression physique d'une IDE par une patiente de 6 ans caractérisée par des griffures, une morsure et tirage de cheveux.** Le comportement de cette très jeune patiente est directement lié à sa pathologie. En prévention, un agent de sécurité reste en permanence dans le couloir du service de soins sur le périmètre de la chambre de cette patiente. » (Pédiatrie, néonatalogie)

- « **C'est durant une séance avec un petit patient de 7 ans qui, au cours de l'entretien, s'est agité et m'a asséné un coup de poing dans le cœur avec véhémence, et j'ai été saisie de plein fouet par son coup de poing que je n'ai pas vu venir.** [...] » (Psychiatrie)

- « **Un enfant de 8 ans a lancé ses chaussures dans la tête d'une autre ado ; celle-ci a eu un hématome conséquent, l'équipe soignante lui a donné une poche de glace.** La violence physique et verbale n'a cessé d'augmenter par des cris, injures, doigts d'honneur, menaces. Il a jeté des coussins en cuir, jeux de société au milieu du couloir. Son comportement perturbe énormément les soignants dans la pratique de leurs soins dans la mesure où ils sont sans cesse interrompus et par ses hurlements et par les plaintes des autres enfants du service ainsi que des parents qui voient le sommeil de leur bébé perturbé par ce bruit insupportable de 20h à 23h. » (Pédiatrie, néonatalogie)

- « **Agressivité d'un enfant de 9 ans sur ma personne (infirmière) au moment d'un change.** Conséquences : doigt annulaire gauche gonflé et douloureux. » (Psychiatrie)

- « **Au moment d'aller en psychomotricité, l'enfant veut directement aller prendre le taxi qu'il ne doit prendre qu'un quart d'heure après.** S'oppose physiquement, tape, se mord, crie, pleure. La présence de 3 soignantes en plus de la psychomotricienne est nécessaire. L'enfant assis donne violemment un coup de pied dans le flanc droit de la psychomotricienne, coup sur la joue d'une infirmière, peau arrachée sur le doigt d'une autre. Impossible de le contenir (**enfant 10 ans, 1 m70 et 86 kg**). » (Psychiatrie)

III.3 Les services de psychiatrie ⁴¹

La psychiatrie recense 19,4% de l'ensemble des atteintes aux personnes signalées. Parmi ces atteintes 57% sont des violences verbales et 43 % des violences physiques (v. tableaux 6 et 7, pp. 22-23). 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 signalée s'exprime dans les unités de soins, les hôpitaux de jour, les CMP, les UMD, moins dans les UHSA.

4 371 signalements ont été déclarés en psychiatrie pour 4 137 atteintes aux personnes et 920 atteintes aux biens (des faits peuvent regrouper cumulativement les deux types d'atteintes). C'est donc une légère augmentation globale du nombre de signalements, tant pour les atteintes aux personnes que pour les atteintes aux biens.

Les professionnels sont investis et conscients de la particularité de cette discipline à laquelle ils sont profondément attachés. Ils sont également conscients de leur exposition et de leur vulnérabilité. En revanche, la perception de la violence n'est toutefois pas la même pour tous. 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, le type de service, l'ancienneté dans le service, la composition et la cohésion des équipes. Il ressort parfois un sentiment d'échec, d'impuissance et de souffrance dans la prise en charge face à des situations considérées comme très complexes.

- *« Patiente présentant une PEC de plus en plus complexe avec agitation psychomotrice quasiment continue, refus de ttt de sa part et restriction dans les thérapeutiques. Les agents subissent quotidiennement des griffures, insultes, des coups, crachats dans la figure et jet de projectiles. [...] Au vue de son âge et de sa fragilité somatique, nous évitons une prise en charge avec le SASR et/ou injection. Cependant, aujourd'hui la prise en charge actuelle n'est plus du tout adaptée ni sécurisante pour les soignants ainsi que pour la patiente. »*

- *« Lors du goûter et après sa douche pour la changer, la patiente arrache les cheveux de la soignante, fait des "cris de sauvage", griffe, donne des coups de pied...Injection si besoin faite. Équipe en souffrance quant à cette PEC. »*

✓ Remarque 21 De quelques déterminants de l'agressivité en milieu de soins hospitalier psychiatrique et de la façon de pouvoir y remédier (l'ONVS reprend cette intéressante analyse du rapport précédent). La question de l'harmonie des pratiques soignantes est essentielle à la cohérence des réponses apportées aux patients. Il ne s'agit pas de standardiser ou d'uniformiser des pratiques mais de les harmoniser. Le projet de soins de la personne soignée est le fil rouge de la pratique soignante tout comme le projet médical de l'unité et du pôle.

Le niveau d'appropriation de ces projets est un indicateur essentiel. Le management facilite cette appropriation et veille à maintenir la cohérence. L'analyse des pratiques et la supervision sont des vecteurs importants pour favoriser la notion de groupe soignant et le respect des bonnes pratiques et notamment de l'éthique.

⁴¹ « La psychiatrie présente des caractéristiques spécifiques par rapport aux autres disciplines médicales : faible place des actes techniques dans les soins, prises en charge récurrentes et diversifiées, nombreuses structures extrahospitalières, etc. L'offre de soins en établissements de santé pour la psychiatrie s'organise autour de trois types de prise en charge. Le premier correspond au temps complet, reposant essentiellement sur les 55 000 lits d'hospitalisation à temps plein. Le second est le temps partiel, s'appuyant principalement sur les 29 000 places d'accueil en hôpital de jour ou de nuit. Le troisième est l'ambulatoire, la prise en charge la plus courante, réalisée majoritairement dans l'un des 3 100 centres médico-psychologiques. » Source : DREES, *Panorama des établissements de santé*, édition 2020, fiche 15, L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/15-20.pdf>

La question des attendus est également essentielle. Chaque acteur doit connaître ses missions au sein du groupe ainsi que les compétences attendues. L'autonomie ne doit pas être confondue avec l'isolement ou l'anarchie. Il faut donc veiller à la qualité du recrutement, de l'affectation puis de l'intégration. Cela favorise un climat serein, une bonne identité groupale et par conséquent le maintien d'un savoir-faire collectif qui donne à la personne soignée des repères et une confiance nécessaire à l'alliance thérapeutique.

Le règlement institutionnel est également un élément qui soutient l'action soignante et permet au patient de ne pas voir dans les décisions soignantes des formes arbitraires ou injustes.

Les systèmes hospitaliers travaillent sur la gestion de la crise mais pas assez sur l'analyse des facteurs qui favorisent celle-ci. La lecture systémique aide les acteurs à comprendre l'impact des organisations, du management, du climat au sein de l'équipe sur les personnes soignées. **Le suivi des personnes agressées à plusieurs reprises devrait comporter de l'analyse de pratiques et une forme de coaching ou tutorat.**⁴²

En confirmation du paragraphe ci-dessus, et afin de ne pas banaliser les violences, un partage d'expérience (par exemple sous forme de supervision ou d'intervision) et si possible régulier serait un apport bénéfique. Par ailleurs, pour les jeunes professionnels, la transmission du savoir notamment par des plus expérimentés pour acquérir la vigilance, les bons comportements et les réflexes essentiels, sorte de « compagnonnage », serait lui aussi très bénéfique. Il convient encore de détecter l'usure d'un professionnel sur un poste pour toutes sortes de cause, dont la violence. Il peut être alors opportun de proposer une formation d'adaptation, de remise à niveau, éventuellement un autre poste dans un autre secteur, d'autant qu'en cette circonstance, un professionnel peut ne pas s'en rendre compte.

De quelques éléments marquants.

■ **L'effet de surprise et la soudaineté** de certaines violences peuvent être dues à de nombreux facteurs : pathologie du patient, refus divers qui engendrent contrariétés et « frustrations », qui peuvent aussi s'exprimer ultérieurement, difficulté de vivre en collectivité : relations avec le personnel ou entre patients (inimitiés entre patients, incompatibilité d'humeur, relations sentimentales...),

- « **Lors de l'entretien médical, le patient délirant pensant que le médecin faisait partie du service secret en raison de son hospitalisation et de son suivi en SDR, a tout d'abord invectivé la professionnelle de santé "ta g..., ferme-la"... Il s'est jeté sur le bureau. Il a frappé la tête et cela a cogné les dents du médecin sur le bureau. Le bureau s'en est retrouvé déplacé de 20 centimètres suite au choc. La mère présente lors de l'entretien s'est interposée et le fils est parti en courant.** »

- « **Au moment d'une collation, la patiente a souhaité boire un thé. Elle en aurait ensuite demandé un deuxième et se serait énervée en pensant que l'équipe s'impatientait. Elle a jeté l'eau bouillante au visage de l'AS.** »

- « **Le patient de la CI se strangulait avec l'élastique de son pyjama dans le SAS à sa sortie de chambre pour le repas. L'IDE est arrivée pour retirer le lien. Le patient a alors strangulé l'IDE. La soignante réussissant à se dégager de l'étreinte, le patient l'a saisie par les cheveux puis lui a donné un coup au niveau du visage.** » (Psychiatrie)

Vigilance, réactivité et présence d'esprit sont nécessaires pour se protéger ou éviter les violences :

- « **Patient dément, sans signe d'angoisse, me frappe au visage lorsque je l'accompagne dans son lit. Geste esquivé, mais qu'il renouvelle une seconde fois.** » (Gérontopsychiatrie)

⁴² Voir également le document de la HAS « 15 programmes d'amélioration des pratiques, violence en hospitalisation psychiatrique », août 2016.
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-10/15_programmes_violence_hospi_psy_cd21092016_v0.pdf

- « **En arrivant au CMP au niveau de la cour intérieure le patient en sortant de l'immeuble, après avoir été vu par un soignant, s'est jeté sur moi en courant avec les 2 pieds en avant et a tenté de me saisir par le cou. J'ai pu mettre mon vélo entre lui et moi et tourner le guidon vers ses jambes pour qu'il ne me touche pas. Ensuite il a tenté de me saisir le cou. Il n'y est pas parvenu car le guidon du vélo a mis suffisamment de distance entre lui et moi. J'ai crié fort. "Eh ! Ça va pas, on se calme". Le patient est alors parti en courant.** » (CMP)

- « **Après la relève, M. X se dirige rapidement vers mon collègue aide-soignant et tente de lui donner un grand coup au visage. Ce dernier a juste le temps de se dégager et d'éviter son poing. M. X a le regard hagard. [...] Installation en chambre d'apaisement où il sera contenu car opposant, surveillance.** »

Les recadrages administratifs effectués par la direction, l'utilisation des pouvoirs de police générale du directeur de l'établissement (respect des « conditions de séjour » comme l'expose le code la santé publique), les recadrages effectués par les médecins et l'équipe d'encadrement et de soignants sont indispensables mais pas toujours suffisants. Un effet d'épuisement ou encore une impression d'impasse peut se faire sentir notamment en cas de comportement violent réitéré.

- « **Suite à un recadrage par rapport à son comportement et du cadre décidé en équipe, la patiente tente de me frapper. Insultes et menaces envers l'équipe soignante.** »

- « **Patient poly-toxicomane intolérant à la frustration. Exige son ttt substitutif tout de suite, devant l'organisation du service nous ne pouvons accéder à sa demande tout de suite. Le patient s'emporte verbalement durant une heure de temps. Véhément, revendicateur, persécuté. Insulte le personnel à de nombreuses reprises en particulier les soignantes de l'unité. [...] Patient insensible à tout recadrage. Médecin avisé.** »

- « **À plusieurs reprises, le personnel soignant a subi des insultes, des menaces de coups et de représailles, puis des menaces de mort. Tentative de recadrage du patient, information sur l'impossibilité pour une équipe soignante de gérer un tel comportement. Discussion avec l'équipe présente de la nécessité d'interpeller à nouveau son psychiatre.** »

- « [...] **Recadrage du patient avec réexplication claire des consignes de sécurité et des règles de service durant l'hospitalisation : sans effet.** »

- « [...] **reçu en entretien par le Dr X dans le bureau médical, celui-ci le recadre par rapport à son comportement. M. X est hermétique au discours médical, opposant aux soins.** [...] »

De fait, la protection des personnels par des **dispositifs d'alerte (DATI - PTI)** est régulièrement mise en œuvre dans ces structures en raison de la fréquence des violences. À disposition de tous, ces dispositifs rassurent les personnels et permettent une prise en charge plus apaisée des patients. Ils forment un complément avec notamment les diverses formations proposées à la gestion de l'agressivité verbale et physique qui s'avèrent indispensables pour gérer ces situations et avec ces notions de vigilance et de cohésion déjà évoquées contribuant ainsi à la sécurité. Il est un fait que lors de violences, l'utilisation de ces appareils de sécurité n'est pas toujours aisée et le fonctionnement est parfois défectueux. Les cris, et même l'alerte par le regard ou des gestes permettent alors au soignant de prévenir ses collègues ou le personnel de sécurité. Il arrive que ce soit même un patient qui aille chercher de l'aide.

- « **En entretien médical, alors que le médecin psychiatre refuse la visite du frère de Mme Y pour demain, celle-ci devient véhémente, insulte le médecin. [...] Le médecin interrompt l'entretien et demande à la patiente de sortir. Elle finit par tenter d'attraper le téléphone du service afin de le lancer vers le médecin. Je la contiens alors physiquement pendant plusieurs minutes, reste tendue, proclame des menaces de morts envers le médecin. PTI déclenché par deux appuis long sur le bouton mais n'a**

pas fonctionné. Nécessité de demander à un patient qui passait devant le bureau médical de l'étage d'aller chercher de l'aide. Intervention d'un soignant homme, la patiente lui enfonce ses ongles dans la main et finit par coopérer. »

Les patients connaissent l'existence de ces appareils. On retiendra dans le signalement ci-dessous l'effet provoqué sur la patiente par son déclanchement : perception d'un manque de confiance dans la relation avec le soignant.

- « Une patiente vient à la rencontre d'une IDE en demandant une sortie d'hospitalisation contre avis médical, signature d'une "décharge" proposée. La demande avait déjà été formulée auprès d'un autre soignant quelques instants auparavant. Explication par l'IDE de la complexité de la démarche. Patiente s'agitant de plus en plus (coups dans le bureau, regard menaçant). **L'IDE déclenche son DATI, la patiente s'en rend compte et prend cela comme une trahison.** Se lève avec menace et commence à écarter le bureau lui barrant le passage. Intervention à temps des autres collègues (opposition, appel du psychiatre et transfert en isolement). »

Enfin certains patients, dans une phase de montée en tension, comprenant que le soignant va utiliser son DATI, vont tout faire au moment de l'agression pour que celui-ci ne puisse pas le déclencher (arrachement de l'appareil des mains, ceinturer le soignant, etc.).

- « À l'origine le patient est sur son lit, calme, en opposition passive Je figole un rasage à la tondeuse. Le patient se lève brusquement avec des yeux hallucinés, hurle, me projette contre le mur, met fermement sa main gauche sur mon visage et cou avec la tentative de "coup du lapin" et de strangulation. **Il m'empêche de déclencher le DATI, du fait je crie et me mets en position de sécurité.** Intervention des collègues et internes du service + des services voisins. »

■ **Menace de représailles contre des soignants à leur domicile - Prétexte d'une irresponsabilité pénale.** Des patients qui ont eu des relations conflictuelles avec des personnels de l'établissement, soignants ou non, pour toute sorte de raisons (dont la non acceptation d'une décision médicale) n'hésitent pas à menacer ces derniers de représailles à leur domicile et affirmant ainsi connaître leur adresse. Il s'agit d'une méthode d'intimidation ou de pression qui ressort régulièrement dans les signalements en psychiatrie. Si les personnels savent faire la part des choses face à ce type d'intimidation, ils n'hésitent pas à exprimer aussi une réelle inquiétude. Il arrive même que certains refusent de porter plainte par peur de représailles.

- « Profère des menaces de mort ouvertement à l'encontre des soignants après une frustration (tabac, café, achats, etc.), dit : "je vais tous vous tuer", **"de toute façon je sais où il habite, je vais aller chez lui pour le décapiter". S'apaise après coup, banalise ses propos mais ceux-ci se répètent fréquemment.** Revu par le psychiatre mais peu d'incidence sur lui malgré le recadrage. »

- « En poste d'après-midi, nous recevons un appel téléphonique. L'interlocuteur est très menaçant. Fait la description d'une partie du personnel, de leurs véhicules personnels, du service, ainsi que les lieux d'habitation des agents. Décrit ses menaces d'agressions physiques avec beaucoup de précision et réitère à plusieurs reprises sa volonté de porter atteinte à la vie des agents ainsi que leurs familles. »

✓ **Remarque 22 Déposer plainte ou non contre un patient violent en psychiatrie ?** La réticence à déposer plainte est certainement plus forte encore que dans d'autres spécialités. À ce propos, l'ONVS renvoie de nouveau au Rapport 2018 (données 2017), pp. 42-43, ✓ Remarque 9. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_onvs_rapport_2018_donnees_2017_2.pdf

Autre caractère spécifique : intimider les soignants en affirmant qu'en raison de leur pathologie psychiatrique, même en cas de violences, ils seront de toute façon considérés comme irresponsables pénalement. Ce type d'intimidation est accompagné très souvent de menaces de mort, de gestes provocateurs et autres manifestations d'hostilité, voire de violences physiques.

- « [...] Menace de mort envers le personnel présent, "je vais te retrouver à l'extérieur et je vais te tabasser à mort en pleine rue", "**je sais ce qu'il faut dire pour ne pas être responsable de mes actes**". "La psychiatre de [telle ville], je vais la retrouver et lui faire une intraveineuse de 10 grammes de coke, elle va devenir dépendante et elle va voir". "Demain à midi, si je suis toujours dans cette chambre, j'explose la tête et je tabasse à mort le premier qui passe la porte". "J'ai déjà mis un médecin psychiatre entre la vie et la mort pendant 110 jours, et ça me pose aucun problème de recommencer" [...] ».

■ **Les problématiques financières avec les majeurs protégés.** Des menaces et des violences peuvent provenir de patients sous tutelle ou curatelle qui veulent percevoir leur argent au plus vite ou qui estiment ne pas en avoir reçu suffisamment. Ce manque d'autonomie financière est parfois très mal ressenti. Les jours et horaires d'ouverture ainsi que les conditions de perception sont aussi sources de violence.

- « Ce jour, la secrétaire du service des tutelles reçoit un **appel téléphonique d'un majeur protégé. Il souhaite un supplément de 45 € pour l'achat d'une carte de bus.** [...] (Vérification auprès de la banque, refus, discussion, menaces). Je vais venir à ton bureau, je vais tout casser, je vais vous défoncer. Tu peux appeler les flics j'ai pas peur. J'ai peur de personne. **Au même moment, il sonne à l'interphone, accompagné d'un autre homme. Nous décidons de ne pas leur répondre. Il sonne à de nombreuses reprises puis tente d'ouvrir la porte en donnant des coups de pieds. Nous décidons de quitter le service et de nous réfugier dans les locaux du bureau des admissions.** [...] **L'ensemble de l'équipe a eu très peur.** [...] »

- « M. X vient au CMP pour rencontrer l'assistante sociale car estime qu'il n'a eu d'argent de la part de sa curatrice pour les fêtes de fin d'année. D'entrée, il hausse le ton, il crie, vocifère ; il tient des propos injurieux vis à vis du personnel présent et fait des menaces de mort sur sa curatrice et l'équipe du CMP. Il reste hermétique au discours médical et soignant et continue d'avoir des propos dénigrants, sexistes et racistes et reste menaçant. Les autres patients présents dans la salle d'attente ont été évacués. Après une longue négociation, il accepte de prendre un traitement per os prescrit par le médecin psychiatre présent sur site et son injection prévue 15 jours avant a pu être effectuée. Le patient est reparti avec une ordonnance, un RDV avec l'assistante sociale et son médecin. »

■ **Les incendies, les tentatives et menaces d'incendie.** Si la plupart des incendies sont sans conséquence majeure pour les personnes bien que nécessitant parfois des évacuations (pour éviter des intoxications notamment), en revanche on constate une dégradation totale ou partielle des biens : mobilier d'une chambre, notamment le matelas, voire de la chambre elle-même – entraînant dès lors son inutilisation le temps des réparations (avec perturbation du fonctionnement de l'unité) –, toilettes communes, mobilier extérieur (poubelles, etc.), véhicules de soignants pris parfois pour cible également. Ces actes de vengeance ou de malveillance délibérée sont souvent dus à de la frustration et à de la contrariété contre ces personnels ou en raison d'un conflit entre patients, envies suicidaires, etc. Cela crée un sentiment d'insécurité pour les personnels surtout quand c'est un de leur bien qui a été la cible de la violence. On notera encore que la possession d'un briquet n'est pas sans danger, objet qui est très facile à cacher dans une pièce, sur soi et même parfois en soi.

- « **Un homme est vu en train d'escalader le portail. Hurlé dit qu'il veut voir son tuteur et donne son identité. Il s'agit d'une personne récemment sortie de détention et suivie par notre service de gestion des biens.** L'infirmière de nuit lui dit de revenir le lendemain, il est très menaçant. Prend son temps pour allumer sa cigarette. [...] Deux secondes plus tard, **essaye de mettre le feu vers poubelle de la crèche de l'hôpital, l'agent de sécurité sort avec extincteur, il aurait également mis en travers de la route une énorme branche d'arbre.** La police est à sa recherche car très menaçant, tous les pavillons ont été prévenus de contrôler toutes les issues. »

- « M. X, un patient non pris en charge par l'HDJ, frappe à la porte de l'HDJ et nous réclame un verre d'eau. Je lui donne et veut me donner une veste que je refuse. Vers 9h45 ce vêtement est retrouvé en feu sur le capot du véhicule professionnel. Le patient n'est plus en vue. Il n'y a pas de patient ni dans

la cour ni à l'HDJ à cette heure. Puis, 10 min plus tard la police arrive nous disant qu'ils ont été appelés et que les pompiers arrivent car une personne est blessée. Personne n'a contacté les secours car cela n'était pas nécessaire. **La voiture de service a subi de gros dégâts. Plainte** »

- « Un patient de l'unité chambre x a mis le feu dans sa chambre. Intervention des sapeurs-pompiers. 25 patients mis en sécurité. 8 personnes évacuées sur un centre hospitalier et une clinique, cause intoxication des fumées. »

- « Un patient en chambre protégée après le repas (pris dans l'unité) a demandé à réintégrer la chambre. 30min plus tard il a mis le feu avec un briquet (qu'il avait gardé sur lui). Déclenchement de l'alerte incendie. Le **matelas a brûlé**. »

- « Départ de feu dans une chambre de patient. La patiente a mis le feu à son lit. Hospitalisée pour les mêmes raisons (feu au domicile et aux urgences). »

- « **Patient dissimulant un briquet ainsi que des cigarettes sur lui depuis la veille au soir. Forte odeur de cigarette en chambre durant le tour de 6h. Nous demandons donc au patient de nous remettre ses cigarettes ainsi que son briquet (pour rappel, ce patient est hospitalisé car a mis le feu au domicile de sa mère et représente donc un danger d'autant plus important pour la sécurité du service étant en possession d'un briquet). Patient dans l'opposition, l'agressivité verbale et les menaces envers le personnel soignant, nous forçant à fouiller sa chambre, paquet de cigarettes + briquet retrouvés sur le patient (dans son caleçon) [...]** »

- « **Patient qui la veille a arraché un bout de métal dans le but de fuir de l'hôpital. A réussi à fuir violemment, puis a été réintégré. Par la suite dans l'impossibilité de retrouver ce bout de métal et au vue du comportement du patient, mise en isolement en "chambre normale" avec accord et prescription du psychiatre de garde. Patient auto agressif et menaçant verbalement disant qu'il va mettre le feu à l'unité. Mise en pyjama pour sécuriser l'environnement. Ce jour le patient est transféré en chambre d'isolement. À notre retour dans la chambre, le patient a brûlé son matelas mais refuse de nous rendre le briquet et nie toute possession. Appel des forces de l'ordre qui refusent d'intervenir en sachant que le patient cache le briquet dans son anus. Après 2 h de négociations, le patient accepte finalement de nous rendre le briquet, ce qui aura mobilisé 8 renforts de différentes unités dont 3 du service.** »

Les patients peuvent être les premières victimes de leurs actes.

- « Durant la relève, équipe de matin / équipe d'après-midi, un patient commence à s'agiter (casse le téléphone du service suite à une frustration). Tentative d'apaisement en isolant le patient dans sa chambre. Traitement per os si besoin pris. Nouvelle agitation du patient dans sa chambre, PTI déclenché. Flammes aperçues à travers la porte. Départ de feu à 14h15, patient a mis le feu à la housse de couette (sans couette à l'intérieur). **Patient prostré devant les flammes, écarté du feu par 2 soignants** et amené en chambre d'isolement. Feu éteint à l'extincteur. **Patient a une brûlure importante main droite** (prise en charge par médecin généraliste) et une brûlure superficielle oreille droite. »

■ **Des anciens patients qui demandent une hospitalisation immédiate** La présence en hôpital est sécurisante pour certains anciens patients (nouvelle période de crise, agitation, mal-être, etc.). Le refus d'une hospitalisation, qu'il désirent souvent dans l'immédiateté, génère une grande contrariété et amène parfois de la violence tandis que le protocole d'hospitalisation demande du temps.

- « **Actes de violences volontaires de la part d'un ancien patient du CMP, qui n'accepte pas de ne pas pouvoir être hospitalisé immédiatement. Les faits se sont déroulés à l'extérieur du CMP. La personne a volontairement exprimé avoir cassé les voitures, pour être entendu (demande d'hospitalisation). Il a également exprimé sa volonté de tuer des gens. 3 voitures avec vitres cassées, portières enfoncées, 1 baie vitrée cassée. Plainte** »

- « Un ancien patient se présente à l'Accueil soignant en pleurs. Il demande à être attaché sinon il va assassiner des gens et les personnes présentes. Le médecin de garde est appelé ainsi que des renforts soignants. Il est fermé au dialogue et finit par quitter les lieux. C'est alors qu'il regagne son véhicule, se saisit d'un couteau et d'une paire de ciseaux et revient menacer les personnels en pointant les armes vers eux. Les forces de l'ordre sont appelées et interviennent 35 minutes plus tard pour l'appréhender. Plainte »

- « Suite à une consultation médicale il a été signifié la sortie définitive à un patient. N'acceptant pas la décision médicale il s'est énervé, a insulté le médecin et a fini par le frapper violemment avec un sac puis des coups de poing. Les lunettes ont été cassées. Il a également une légère blessure à la main gauche. Appel des forces de l'ordre pour récupérer le patient. Plainte déposée par le médecin à l'hôtel de police de [telle ville]. Déclaration d'accident de travail et FEI. »

■ **L'importance de la solidité des matériaux, leur fixation avec sûreté. Les dangers occasionnés en cas de rupture, avoir un matériel adapté.** La violence de certains patients au moment d'une crise (force décuplée, insensibilité à la douleur), fait qu'un matériel sans danger dans le cadre d'un usage normal, peut devenir dangereux et blesser.

- « Hier, lors d'une consultation avec une patiente, une autre patiente qui avait RDV à 16h45 et à qui j'ai demandé de patienter un instant sur le palier s'est mise en colère. Elle a, à plusieurs reprises, claqué très violemment la porte du bureau que j'occupe, hurlant des insanités, des injures, des menaces envers moi et la patiente venant en consultation, qu'elle ne connaît pas. Une partie du chambranle de la porte a cédé sous les chocs de la violence. Un montant de bois de 2 m s'est décroché et est tombé atteignant à la cheville dans son extrémité la patiente en consultation. La patiente présentant un hématome avec effraction cutanée ==> Médecin généraliste prévenue. Examen de la patiente et soins... Patiente recontactée par mes soins en soirée et ce jour... dit être **choquée**. »

- « Patient hétéroagressif dans les unités avec destruction de matériel divers (vitres, télé, ordinateur) mis en chambre d'apaisement. Le patient réussit néanmoins APRÈS fermeture de la porte à casser celle-ci et à pénétrer dans le bureau infirmier où il reprendra sa crise clastique et détruira du matériel. »

- « Vers 11h, le patient en chambre de soin intensif, non contenu, se montre sthénique. Commence à frapper la porte de la salle de bain contre le stop-porte de la CSI, cri, tape dans les murs. Devant ce comportement soudain et violent, nous décidons d'appeler les renforts des services voisins, ainsi que la sécurité et l'ambulancier, afin de re-contenir le patient. Nous contactons également le psychiatre de garde. Potentiel de violence hétéro-agressif et de colère présent chez ce patient. Le temps que les renforts arrivent pour nous aider à contenir le patient, celui-ci a dégonflé la porte de la salle de bain et l'a cassée en plusieurs morceaux. Il se saisit des chambranles de la porte afin d'en faire une arme avec laquelle il se met à casser tout ce qu'il peut en CSI : fenêtres des sas (bris de verre importants) détecteurs de fumée, luminaires. La violence arrivant à son paroxysme, nous décidons d'appeler l'administrateur de garde qui appelle à son tour les forces de l'ordre. Durant cette nouvelle attente, le patient s'attèle à casser la vitre qui se trouve entre la CSI et le poste de soin. À l'arrivée des forces de l'ordre, le patient est maîtrisé après concertation avec l'équipe soignante et médicale, pour une action conjointe. La CSI est totalement inutilisable et dangereuse, des bris de verres, des morceaux de bois, des vis, gisent sur le sol. »

- « [...] Nous avons appelé les services à proximité afin d'être en nombre suffisant face à l'agressivité de Monsieur. Lorsque nous sommes entrés dans la chambre, Monsieur avait cassé le broc d'eau (en plastique) et se servait de l'anse comme une arme, et ne se laissait pas approcher. Il menaçait de poignarder si on l'approchait. Tentative d'apaisement et de négociation impossible. Avons utilisé un matelas en guise de protection afin de le désarmer et de recontenir le bras droit. »

La volonté de vouloir violenter peut aussi pousser un patient à chercher à se faire une arme avec n'importe quel objet démonté.

- « Lors de l'entretien médical en chambre protégée, je me suis rendue compte que le patient (le premier patient depuis la fin de la rénovation de la chambre) avait cassé un tablier de plinthe et en a dégradé à d'autres endroits en les soulevant. **Il manque un morceau de plastique dur et pointu qui peut être utilisé comme arme. Recherche du morceau de plastique et observation d'autres possibilités de dégradation de la chambre.** »

« [...] Effectivement le patient a démonté certains éléments de la CI, éléments qui se sont révélés être tranchants qui étaient cachés dans son caleçon et qu'il nous a remis pendant notre passage. »

Certains signalements font état de l'inefficacité ou de la lenteur de l'efficacité d'un traitement par injection ou non au moment d'une crise de violence. Les soignants doivent alors se protéger avec DATI-PTI ou par d'autres moyens (matelas, etc.), appeler en nombre des renforts en attente de l'apaisement ou de la maîtrise du patient.

- « La patiente depuis son entrée, est tendue, dans la provocation, ne souhaite pas rester dans l'unité. La tension atteignant son paroxysme, **et ce malgré le ttt sédatif donné, me frappe violemment au niveau de la poitrine. Nombreux ATCD de PAA hétéro agressif.** »

- « Patient en crise clastique sans déclencheur apparent tente de frapper les soignants avec ses mains, ses chaussons, de les bousculer tente de jeter des meubles sur les soignants (table de nuit, chaise) menaces verbales "je me vengerai, tu vas voir !!!" injures +++. Protocole habituel mis en place : **si besoin per os, IM Loxapac sans réel succès, le patient ne s'apaise pas.** [...] Revient régulièrement vers les soignants pour frapper et insulter. Mobilise tous les soignants du service au dépend des autres patients. Crise contenue au bout d'une heure et demie. Violences répétées de la part de ce patient depuis des mois. Pathologie (Prader Willis) rendant le patient inaccessible à la réassurance, au raisonnement et à l'élaboration des faits une fois la crise passée. En crise clastique modérée à importante pratiquement chaque soir au coucher voire au court de la journée ou de la nuit malgré de nombreuses techniques d'apaisement et tentative d'apaisement. **Rédaction faite et réalisée suite à une discussion d'équipe.** »

La violence de patients en crise atteint parfois un tel niveau que l'établissement va faire appel aux forces de l'ordre estimant ne plus avoir les moyens de gérer la situation. Cela est parfois source d'incompréhension et de dissension, les forces de l'ordre pouvant estimer que cette situation se passant dans le cadre d'un soin n'est donc pas de leur compétence.

- « 10h45, entretien médical le **patient est informé de son maintien en chambre d'isolement menace de mort envers le médecin et sa famille.** 11h, alerté par des coups dans la chambre **nous constatons que le patient a arraché le lavabo et s'en sert pour briser la vitre sécurisée et l'oculus de surveillance et attend les soignants en les menaçant avec un bris de céramique tranchant en proférant des menaces de mort.** Déclenchement DATI avec forte mobilisation du personnel soignant. **Appel de l'ADG pour demander l'intervention de la police. Après négociation entre ADG et OPJ intervention d'une équipe de police en chambre d'isolement.** Patient maîtrisé IM faite et patient contentonné puis transféré sur chambre d'isolement. [...] Ce patient a déjà blessé au cours des 2 derniers mois 2 soignants et menace très fréquemment les soignants de mort et de représailles sur leur entourage. »

Il est primordial pour les établissements de mettre en place avec les partenaires institutionnels une « convention santé-sécurité-justice » prévoyant notamment la façon de régler ces situations.

✓ **Remarque 23** **Établissements psychiatriques et « conventions santé-sécurité-justice ».** En complément de la note 7 p. 8 évoquant ces conventions, l'ONVS rappelle également leur utilité pour faciliter la sécurisation des personnes et des biens au sein des établissements psychiatriques, ceci en lien étroit avec les partenaires institutionnels chargés de la sécurité et de

la justice. La connaissance mutuelle du fonctionnement et des impératifs entre partenaires et la fluidité des liens qui sont créés sont essentiels pour régler l'ensemble des problématiques d'atteintes aux personnes et aux biens et éviter le plus possible des tensions et des dysfonctionnements lors d'événements de violence ou autres situations complexes et délicates demandant l'appui de la sécurité ou de la justice.

À cet égard, l'ONVS signale la signature en mars 2020 d'une telle convention entre le CH Guillaume Régnier (Rennes), le parquet, la préfecture, la DDSP, le GGD, la DISP et le centre pénitentiaire Rennes-Vézin.

Convention en ligne sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/dgos-onvs-documentation-pratique>

■ **Consommation et trafic de stupéfiants.** Ils sont source de violences et aussi générateurs d'inquiétude et d'insécurité pour les personnels, de même que pour les patients qui ne cautionnent pas ces usages. Cette insécurité a d'autant plus d'impact sur ces patients victimes que l'établissement constitue pour eux un « asile » (lieu sûr, refuge). Ce n'est alors plus le cas. La détention et l'usage dans ce cadre sont par ailleurs contraires à la législation. Les signalements évoquent bien le fait que cette consommation dérègle aussi le traitement du patient consommateur, nuit ainsi à la relation de soins en confiance avec l'équipe médicale et empêche le patient d'être pleinement dans la réalité. D'anciens patients de l'établissement peuvent en profiter pour trouver une clientèle parfois adepte de ce genre de produits. La fragilité d'autres patients est parfois un facteur facilitant. Des personnes totalement étrangères à l'établissement peuvent aussi être attirées. Ces nuisances ont lieu tant dans le centre hospitalier mais aussi en CMP. Le fait que les établissements psychiatriques s'étendent souvent sur de nombreux hectares est propice à faciliter ces pratiques.

- « **Trafic de cannabis constaté dans le service ainsi qu'une imprégnation de toxique permanente malgré un rappel permanent du cadre, non-respect des règles. Vu par le Dr, décision d'une sortie définitive ce jour pour motif disciplinaire.** »

- « **2 soignants du CMP, IDE et ES ont dû intervenir sur la voie publique suite à une agression physique très violente devant le centre de soins. La personne agressée, 1 mineur de 16 ans était au sol, conscient mais dans l'incapacité de se relever. 5 individus l'ont roué de coups dont 2 d'une extrême violence à la tête. Nous nous sommes interposés et les 5 individus ont fui. Nous avons appelé les pompiers et l'éducatrice du mineur. Nous avons attendu que le mineur soit transporté aux urgences pour évaluation. Lieu: Extérieur du CMP. Trafic de stupéfiants dans le quartier. Prise de toxiques. Salle d'attente des patients en état de choc. Un patient a fui en courant. Accès du CMP dangereux et insécure pour les patients. Menaces récurrentes du personnel par les dealers du quartier. CT aux pompiers, éloignement des passants pour sécuriser la scène d'agression. PEC soins du mineur en attente des pompiers Propositions : Médiation avec CIQ et habitants du quartier, présence d'un agent de sécurité : mesures préventives. Mesures répressives : appel police, protocole sécurité. À long terme : changement de locaux.** »

- « **Depuis plusieurs jours et malgré le démantèlement du lieu de trafic des toxiques, les patients demandent à être accompagnés par un soignant pour se rendre à la cafétéria. En effet, ils nous ont signalé qu'ils étaient interpellés avec insistance par une patiente. Elle leur propose l'achat de produits toxiques multiples. Certains des patients ont fait le choix de ne plus sortir de l'unité afin de se protéger. Cette situation nous interpelle vivement, car elle est très délétère pour la prise en soins des patients. Accompagnement des patients dans le parc par un soignant.** »

- « **Lorsque le patient fume, je commence à sentir une odeur qui n'est pas celle de la cigarette, une odeur que je ne saurais qualifier (comme une odeur d'artifice). Nous lui demandons alors ce qu'il fume, le patient se met à rire seul et me garantit que c'est seulement du tabac. Son comportement a changé en 2min. Je lui précise que je vais regarder avec lui si un produit est mélangé à son tabac. C'est alors que nous trouvons des cristaux blancs dans son paquet. Nous lui demandons donc d'éteindre sa**

cigarette de suite, il se tourne et commence à déchirer la feuille du tabac pour pouvoir récupérer ce que contient sa cigarette. Recadrage et appel de l'interne de garde pour lui rappeler les règles de service et constater son état. Paquet de tabac récupéré et mis dans le coffre à toxique. Appel de l'interne de garde. Directeur de garde prévenu et fiche de traçabilité remplie afin de transmettre le produit à la pharmacie. »

- « *Insultes, intimidations verbales et physiques : menaces hétéro agressives, menaces de morts envers le personnel soignant, menaces de dégradation de matériels, menaces de représailles physiques et matérielles à sa sortie. Lors de la pause cigarette à 21h45 le patient avait pour consignes de rester auprès du personnel soignant (car suspicion de livraison de cannabis d'un membre extérieur), [...] »*

- « *PATIENT AGRESSIF qui menace de mort les soignants. La sédation du patient n'est pas adaptée --> voir PM [prescription médicale] initiale en parallèle avec les caractéristiques physiques du patient qui est un consommateur de toxiques. [...] »*

Sous l'emprise de toxiques, les patients peuvent être amenés à agir de façon inconsidérée comme ici avec un aérosol et du feu.

- « *Sous l'emprise de toxiques depuis hier, monsieur est depuis ce matin délirant, persécuté, agressif, insultant, menaçant. [...] en milieu d'après-midi, monsieur X crie et se "tord de douleur" sur son lit, disant qu'un autre patient lui aurait cassé le genou, avant de se lever, et de sortir de sa chambre à toute vitesse, direction la cour, en disant qu'il veut tuer le patient. Nous le suivons donc afin de sécuriser les autres patients. Monsieur crie et insulte le patient, avant de retourner de lui-même dans sa chambre. [...] Muni d'une bombe aérosol, il sort de la chambre et commence à faire des flammes avec son briquet et l'aérosol façon "lance flamme". Décision est prise alors de l'isoler et de le contenir, nous appelons du renfort. Nous nous rendons dans la cour. Monsieur filme ou enregistre toute la scène. Nous menace avec le lance flamme avant de se saisir de ses affaires et retourne dans sa chambre. Monsieur se réfugie dans sa chambre, et lorsque nous rentrons dans la chambre pour l'attraper, fait jaillir une grande flamme de son aérosol (qui aurait pu nous exploser au visage à tous). Il est directement maintenu, le matériel est saisi, nous isolons et contenons le patient en chambre x, nous le déshabillons et fouillons toutes ses affaires, avant de le lui injecter deux ampoules de Loxapac. Appel de l'interne puis du PH d'astreinte, appel au renfort, mise en isolement contention et injection de traitement sédatif. »*

■ **Violences entre patients.** D'autres violences sont commises entre patients pour des motifs aussi nombreux que variés. La vie en collectivité et en bonne intelligence n'est pas toujours des plus aisées et des plus faciles à gérer. Elle peut être ainsi la source de conflits larvés ou inconnus des personnels de santé, conflits qui peuvent surgir à tout moment et qui nécessitent de la part des personnels de la vigilance pour les prévenir, les empêcher ou encore pour les arrêter. Ces interventions ne sont pas sans violences contre eux. Les moments collectifs (repas, transmissions, distribution des traitements ou encore activités communes, etc.) sont des occasions facilitant les violences.

- « *Ce jour, nous sommes 3 soignants (2 hommes, 1 femme) et 1 renfort [de telle unité] (femme) ainsi qu'une ASH (arrivée à 7h) travaillant du matin. À 8h30, au moment du petit déjeuner, tension palpable présente dans le service avec menaces verbales entre patients puis menace au couteau de la part d'un patient sur un autre patient nécessitant un arrachage de DATI et une intervention physique et un isolement temporaire, dans une chambre qui n'est malheureusement pas possible de fermer. À l'issue de cette situation tendue, une nouvelle agitation se profile avec nécessité d'isoler une autre patiente [...] ».* La suite de ce signalement évoque la difficulté d'isolement fermé en raison de chambres dégradées, créant un danger supplémentaire.

- « *Patient retrouvé avec les mains autour du cou d'un autre patient. Le patient lâche immédiatement le cou de l'autre patient et est raccompagné en chambre. Marques bien prononcées de strangulation autour du cou et griffures présentes au niveau de la joue. Désinfection des plaies. »*

La séparation des patients n'est pas sans dommage pour les personnels intervenants.

- « *Conflit entre patients en salle à manger dégénérant en violence (gifles). Le personnel soignant est pris à parti quand il intervient (gifles, crachats, griffures).* »

- « *Altercation entre deux patients, qui a nécessité l'intervention de la part d'une infirmière pour les séparer et la patiente l'a blessée au poignet, ce qui a entraîné une douleur très vive.* »

■ **À propos des CMP.** Ils font remonter peu de signalements (167 dont 153 atteintes aux personnes et 41 atteintes aux biens), pour autant les quelques signalements déclarés font état de situations difficiles à gérer : menaces, intimidations, violences pour des motifs divers (renouvellement d'ordonnance, traitement, piqûre, crise, question financière, etc.). L'isolement géographique du CMP peut constituer un facteur anxiogène pour le personnel en cas de difficultés. Cohésion et vigilance sont de mise. Des personnels expérimentés y sont d'ailleurs très souvent en poste. Les altercations et violences peuvent avoir lieu également entre patients, par des parents.

■ **À propos des UMD.** Ces unités ont rapporté 193 signalements (dont 189 atteintes aux personnes et 24 atteintes aux biens), plus que l'an passé. 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.

III.4 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 3 159. Ces signalements concernent très majoritairement des atteintes aux personnes : 91 %, qui se décomposent en violences verbales pour 50% et en violences physiques pour 50%. 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 : 320 avec une répartition de violences verbales et physiques de 59%/41%. (V. tableaux 6 et 7, pp. 22-23).

Violences verbales et physiques envers le personnel (majorité), entre résidents, par la famille (incluant parfois la gestion larvée ou au grand-jour de conflits intrafamiliaux, v. ✓ Remarque 24, p. 138), entre la famille et le résident, par des intrus qui pénètrent au sein de ces établissements, les causes de violences sont nombreuses. Elles demandent professionnalisme et tact, ainsi qu'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 résidents sont fortes, surtout en cas de violences verbales très agressives et/ou de violences physiques, quels que soient les niveaux de gravité, et plus encore si elles sont répétitives. Il est à noter que le côtoiement entre des résidents qui ont un commencement de troubles cognitifs ne conduisant pas encore à un placement dans des unités spécialisées et ceux qui disposent de leurs toutes leurs facultés n'est pas facile à gérer.

■ **Les violences sur les personnels par les résidents.**⁴³ Elles se déroulent à divers moments de la journée (toilette, change, repas, activités, sieste, prise de médicaments, coucher) ou encore lors de demandes de réintégration de chambre. Que ces violences soient dues à des TPN ou non, elles ne sont

⁴³ L'ONVS pense que dans des cas graves et spécifiques, à analyser au sein de l'établissement, l'action en justice serait justifiée et pourrait avoir notamment pour effet bénéfique de recadrer le résident.

pas sans séquelles psychologiques sur eux en plus de celles physiques. Les formations pratiques à la gestion de l'agressivité verbale et physique se révèlent indispensables, ainsi qu'à la communication spécifique, sans oublier l'indispensable partage d'expérience. Des méthodes d'approches adaptées dans les soins nécessitent d'être développées. En effet, les violences sont parfois soudaines comme par exemple lors d'un soin. Cela demande donc aux soignants de la vigilance tout en restant attentifs à la personne âgée, particulièrement dans les unités de vie protégée ou unité spécialisée Alzheimer. Des signalements révèlent des cas de violence sur soignants parfois très difficiles à gérer.

On observe dans les signalements des expressions qui insistent sur la description du regard, des mimiques et sur une certaine gestuelle des résidents démontrant alors un état agressif, lequel croit rapidement et même soudainement en violence, dont certaines particulièrement dures et angoissantes. Ce sont régulièrement des violences à main nue, comme l'étranglement, mais aussi avec des armes par destination et la difficulté pour le soignant à se protéger ou à intervenir rapidement pour mettre fin à l'agression ou encore protéger le résident agressé.

- « *Patient très agité le soir, qui a tenté de frapper mes collègues AS. Impossible à contrôler, il regagnera sa chambre. Cependant ce **monsieur atteint de troubles du comportement** ressort de sa chambre, déambule et se porte à l'entrée de la chambre x, **a le regard mauvais envers les patientes et leur famille**. Au moment où je tente de rentrer dans la chambre x afin de distribuer les médicaments aux patients Monsieur me donne un coup derrière la tête, je ne riposte pas, essaye de le faire partir de l'entrée mais il ne bouge pas, je tente de ressortir de la chambre: **il me saisit à la gorge et tente de m'étrangler, je le maîtrise au sol avec l'aide de mes collègues, vu par MDG, traitement administré, contentionné.** » (Gériatrie court séjour)*

- « *Lors de la toilette, patient désagréable et agressif, il a pris son rasoir et a coupé la soignante avec. Insulte et refuse de descendre au repas* » (USLD/EHPAD)

- « *M. X est monté en agressivité petit à petit dans l'après-midi. **Il tapait très fort avec ses cannes, et je lui ai proposé à boire et une compote avec ses traitements. Il a tout balancé avec sa canne. J'ai voulu essayer par terre pour ne pas qu'il glisse et là m'a tapé avec sa canne. Il délirait, j'étais une voleuse et je voulais le tuer. J'ai appelé ma collègue pour qu'elle m'aide, nous avons appelé l'IDE. Le temps que l'IDE prépare l'injection, il a griffé ma collègue à la main droite et il nous tordait les poignets.** » (Gériatrie court séjour)*

- « ***Un patient s'insurge dans le bureau de la secrétaire et l'agresse physiquement par étranglement. La secrétaire se débat et réussit à se dégager en criant au secours. Le personnel ainsi qu'un médecin interviennent de suite en maîtrisant le patient. Un bureau mieux adapté pour pouvoir recevoir les personnes sans leur tourner le dos quand je suis sur l'ordinateur (problèmes de câbles qui ne suivent pas..., donc le bureau actuel ne peut être déplacé.** » (USLD/EHPAD)*

- « *Lors du nursing, tout se passe bien. **Je demande à M. X d'aller sur les wc car il faisait pipi et là, le faciès change, il devient yeux tout ronds et avec sa main droite me sert la gorge et avec la main gauche me tient fermement mon bras gauche. Je me suis mise à hurler mais terreur dans ses yeux et m'étrangle de plus en plus. J'ai mis un coup de pied dans la porte et un aide-soignant et une stagiaire IDE qui étaient dans la chambre d'à côté sont venus et là, le résident m'a lâchée.** » (USLD/EHPAD)*

Enfin on relèvera des dégradations de matériel de patients/résidents au cours de violentes scènes de colère pour des motifs variés (frustration, etc.), ou dans le cas d'un TPN sans raison apparente.

- « ***À son retour de permission dans sa famille, le patient a réalisé qu'il ne repartait pas avec eux. Face à cette frustration, il commence par donner des coups de pied et coups de poings contre portes et fenêtres. Ensuite il saisit une chaise en bois puis tape partout. De plus en plus violent, le patient explose les vitres. Devant une telle violence, nous avons sécurisé les patients et alerté les différents services de psychiatrie en renfort. 3 vitres de l'unité brisées - 1 table - chaises cassées.***

2 hublots port du sas pavillon explosés. Patients et soignants choqués par une telle violence. » (UHCD/UHTCD)

La fugue et l'errance d'un patient/résident qui souffre d'un TPN peuvent être l'objet de dégradations matérielles (portes et fenêtres mais aussi mobilier divers pour les casser) sans compter le moment où les personnels tentent d'empêcher la personne de partir ou les rattrapent dans ou à l'extérieur de l'établissement. Cela est parfois l'occasion de violences verbales physiques avec ou sans arme (cane notamment). Le risque de suicide ou d'errance loin de la résidence est un souci majeur. À cette fin, des établissements ont mis en place des systèmes électroniques anti-errance.

- *« Coup de pied à plusieurs reprises de la part d'un patient sur la porte du service sécurisée car voulait sortir. Gonds de la porte cassée. [...] Agression envers les agents oralement et physiquement (ne veut pas se laisser ramener dans le service, patient Alzheimer, risque de fugue +++) »* (Gériatrie court séjour)

- *« Lors d'une fugue d'une résidente, une cadre de soins est allée la chercher, lorsqu'elle a essayé de discuter avec elle et qu'elle a voulu capter son regard, la résidente a donné un coup de poing sur la mâchoire à gauche. Appel aux pompiers pour ramener la résidente à l'EHPAD. Résidente délirante avec menaces de suicide. »* (USLD/EHPAD)

- *« Toute l'après-midi, Mme O. est perturbée +++++, cherche à faire par tous les moyens : - fugue (2*) - essaye de casser les fenêtres avec chaises, tabourets, déambulateur. - essaye de casser les portes avec chariots, chaises, ventilateurs. - escalade les murets (patio) pour fuir - refuse la prise de ttt - fait peur aux résidents, tient des propos agressifs... frappe les agents. Vu avec le Dr. Une place se libère dans quelques jours à [telle unité] si nécessité de transfert. »* (USLD/EHPAD)

■ **Les violences entre résidents.** La vie en collectivité et en bonne intelligence se révèle parfois complexe et n'est pas toujours des plus faciles à gérer pour les personnels. Elle peut être ainsi la source de conflits larvés ou inconnus de ces mêmes personnels de santé. Les conflits peuvent surgir à tout moment. La relation n'est pas aisée lorsque certains résidents perdent progressivement leurs facultés cognitives avec les désinhibitions qui peuvent s'ensuivre. La vigilance est ici aussi importante pour éviter que des situations de menaces physiques se traduisent en des gestes de violence.

« Mme Y arrive sournoisement derrière les résidents et les pousse dans le dos. Nous l'avons prise sur le fait alors qu'elle s'attaquait à Mme Z. C'est une soignante qui a rattrapé Mme Z alors qu'elle basculait en avant. Mme Y verbalise sa volonté de faire du mal aux résidents ainsi qu'à l'équipe soignante. Elle nous menace de remplir la maison de notre sang. Elle nous poursuit dans les couloirs, nous attend à la sortie des chambres. Elle nous frappe avec les cannes des autres résidents. Ma collègue a reçu un coup de canne au visage (oreille droite) alors qu'elle sortait avec un résident de sa chambre. Quand elle nous croise dans le couloir, elle nous attrape par la blouse et nous secoue violemment. Malgré le traitement donné par l'infirmière, Mme Y est agressive jusqu'à la fin de notre service. » (USLD/EHPAD)

- *« M. X a donné des coups de cuillères à soupe à son voisin de table qui s'est défendu en lui donnant un coup de fourchette. »* (USLD/EHPAD)

- *« Nous souhaitons vous alerter sur les comportements de Mme Y évoqués depuis longtemps. Actuellement met en danger les résidents en dérégulant les fauteuils roulants ; entre dans les chambres, touche aux effets personnels ; prend les affaires des autres ; met le restant du potage dans la fontaine du palier ; se lave les mains à la fontaine ; tient des propos inappropriés ; cherche à créer des conflits entre le couple de la chambre x ; parle mal aux résidents et au personnel. »* (USLD/EHPAD)

- *« Résident frappe à coup de canne dans le ventre un résident déambulant. Le résident déambulant a poussé ce dernier contre la rambarde de l'escalier (risque de chute). »* (USLD/EHPAD)

- « M. X aurait renversé Mme Y avec son fauteuil roulant électrique, si je n'étais pas intervenue. Elle le gênait car "elle était dans le passage". Il a été grossier envers moi, quand je lui ai demandé de faire attention aux autres résidents. » (USLD/EHPAD)

- « Accompagnements et couchers compliqués unité de vie très agitée beaucoup de déambulations, agitations, oppositions et intrusions dans les autres chambres qui génèrent des conflits et angoisses (de plus en plus de résidents s'enferment à clef dans leur chambre pour se protéger) malgré la prise des traitements du coucher administrés convenablement. Chutes répétées toutes les nuits avec transfert, troubles du comportement connus mais qui s'aggravent cela a engendré un épuisement moral et physique et questionnement pour la prise en charge des résidents. De plus actuellement cette unité demande beaucoup d'attention et monopolise les deux soignants en poste dans cette partie de service. » (USLD/EHPAD)

Des comportements agressifs et perturbants répétitifs sont source de lassitude et d'inquiétude pour les résidents importunés et pour le personnel.

- « M. est très agressif verbalement et limite gestuellement envers le personnel et d'autres résidents et insultant. Il interprète tout ce que l'on fait et ce que l'on dit. Comportement qui devient de moins en moins acceptable au sein de la structure, le personnel s'épuise, les autres résidents se demandent quand seront-ils tranquilles ? **Certains résidents en ont peur, et les conflits s'amplifient, il a eu la visite de la gendarmerie suite à un conflit avec un autre résident LE MOIS DERNIER.** »

- « Lors d'un soin réalisé dans la chambre d'un résident, vers 17h30, nous avons entendu des éclats de voix provenant de la salle à manger. M. X venait de jeter son verre de jus de raisin au visage de M. Y, parce qu'il voulait le prendre à M. X. Nous sommes intervenues rapidement éloignant M. Y qui se trouvait en position assise, face à M. X et recevait des coups. M. X, debout, nous fait face, donne un coup de poing sur la poitrine de ma collègue. J'interviens, M. X, le poing levé me dit "je vais te tuer" puis donne un deuxième coup de poing sur la poitrine de ma collègue [...] ». (USLD/EHPAD)

Ces violences atteignent parfois des niveaux de gravité 4 soit par usage d'une arme par destination (déambulateur, fauteuil roulant, canne ou encore tubulure de la perfusion au visage, etc.), soit à mains nues. Ces violences peuvent aussi être dirigées contre les personnels directement ou lorsque ceux-ci interviennent pour protéger la victime tandis qu'ils tentent d'apaiser la situation.

- « Cris provenant de telle chambre, **Mme Y est cachée dans son lit, Mme Z la frappant avec une chaise, l'insultant, la traitant de "sorcière"**. À notre arrivée, Mme Y a la chaise sur le visage. » (Médecine gériatrique)

- « Alertée par des cris dans le salon, j'ai retrouvé Mme Z qui maintenait une serviette sur la bouche de M. Y qui criait. Je les ai séparés en réprimandant Mme Z et ramené monsieur dans sa chambre. » (USLD/EHPAD)

- « Une **résidente de l'unité Alzheimer essaye d'étrangler par derrière une autre résidente, l'AS intervient pour l'arrêter** dans son action. Elle se retourne vers l'AS, **griffe son œil et lui donne un coup de poing dans le nez** puis lui griffe le nez. L'AS est tombée au sol et est coincée par l'autre résidente. **Epistaxis important et brûlure au niveau de l'œil.** » (USLD/EHPAD)

- « **L'équipe paramédicale entend des hurlements** provenant de la salle à manger commune de la structure. En allant voir ce qui se passe, ils **découvrent une résidente en train d'en étrangler une autre : ses mains étaient autour du cou et elle la secouait**. La victime, atteinte de démence sévère, lui aurait pris sa robe, posée sur son déambulateur, afin de la regarder. » (USLD/EHPAD)

■ **Les violences verbales et physiques des familles.** Les familles expriment des reproches quant à la prise en charge de leurs parents et le manifestent par diverses attitudes, dont certaines très

virulentes : appels téléphoniques répétés, présence continue sur place avec une vérification pointilleuse de toute la prise en charge, menaces physiques ou de mort, de déposer plainte. Les nuisances et perturbation sur les résidents et le service sont parfois importantes. La fragilité plus ou moins importante d'une personne âgée peut exacerber la réaction de sa famille contre les personnels lorsqu'elle estime que la prise en charge n'est pas satisfaisante.

- « Appel téléphonique de la fille de la résidente, agressivité importante, hurle dans le téléphone car pense qu'on interdit à sa mère de répondre à son téléphone portable ; or la patiente raccroche d'elle-même. La fille tient des propos déplacés et agressifs envers le personnel soignant et administratif. » (USLD/EHPAD)

- « La fille d'un patient fait intrusion dans la salle de soins en proférant des propos injuriant, en criant et menaçant. Après explication de l'équipe sur la prise en charge de son père, elle poursuit des propos insultants envers tout le personnel. **Tous ces cris perturbent les patients fragiles. Il s'en est suivi d'ailleurs une décompensation psychologique de plusieurs patients perturbant l'ensemble du service. Durant toute l'hospitalisation de son père elle n'a jamais respecté les horaires du service arrivant toujours tard le soir et critiquant toutes les pratiques et les décisions médicales. D'autres membres du personnel ont été insultés et agressés verbalement par cette personne sans signalement.** » (Gériatrie court séjour)

- « Appel du petit fils d'une patiente qui souhaite savoir si le médecin ayant vu sa maman est toujours présent au service car il veut lui "régler ses comptes" et se montre insultant et menaçant. » (Gériatrie court séjour)

- « [...] Conflit permanent avec la fille. À chaque fois que je suis présente et qu'il y a quelque chose qui la dérange ou que je prenne moi l'initiative de quelque chose, rien n'est jamais bien... et s'en prend toujours à moi... **Agacée par ce jugement... Psychologiquement être mis à tort en permanence c'est usant...** » (USLD/EHPAD)

- « Agression verbale de la fille d'un patient suite à une demande de résultat de scanner. Le médecin n'est plus dans le service, la personne est informée des horaires de rdv du médecin et a vu plusieurs fois le médecin dans la semaine. L'IDE l'informe qu'elle ne peut lui donner les résultats elle-même. La fille lui dit qu'elle lui manque de respect, l'injurie, la traite d'incapable et autres insultes et mots choisis. **Elle fait des gestes menaçants et l'IDE se trouve contrainte à fuir dans une chambre. La personne a été vue le lendemain par le médecin et a été recadrée, elle a dit qu'elle s'excuserait auprès de l'IDE ce qu'elle n'a pas fait.** » (Gériatrie court séjour)

- « Notre masseur-kinésithérapeute a vu une patiente au lit pour lui évaluer la douleur au niveau de la hanche en précisant (après mobilisation très douce) qu'elle était algique du fait d'arthrose des hanches et genoux. Au rez-de-chaussée, **plusieurs membres de la famille (environ 8 personnes) ont agressé verbalement la kinésithérapeute, l'accusant d'avoir brutalisée leur mère et que celle-ci était algique depuis son intervention (alors que le but de l'intervention était justement d'évaluer la douleur déjà présente). Une des filles a été limite agressive physiquement en s'approchant de la kinésithérapeute en la pointant brutalement du doigt en jurant que si elle s'approchait de sa mère elle "lui défoncerait la gueule". Une de ses sœurs lui a fait signe de se calmer et tous les membres de la famille ont indiqué qu'il y aurait des suites...** » (Gériatrie court séjour)

À l'occasion d'un décès, la réaction du fils est motivée par des reproches sur la prise en charge.

- « **À la suite du décès du père le fils, informé par téléphone, est arrivé dans le service. Accueilli par l'IDE référent il s'est montré dès le début virulent à l'égard du personnel hospitalier et notamment envers le médecin référent qui est tenu pour fautif du décès de son père. Il a tenu les propos suivant à l'égard du médecin : "je vais la tuer". Il a fait scandale dans le service en indiquant aux autres familles présente qu'elles devaient faire sortir leur parent car le CH allait les tuer. Le fils a réitéré ses menaces**

à l'égard du médecin référent devant témoin. En quittant le service il a tapé dans les murs. Le lendemain il a poursuivi en tentant de joindre le médecin référent à plusieurs qui au vu de la situation n'a pas souhaité lui parler. Il n'a pas arrêté de tenter de joindre le service. » (Gériatrie court séjour)

Les chutes d'un résident vont parfois obliger les soignants à pratiquer une contention. La famille constatant la chose peut y voir une maltraitance patente générant altercation, menace d'une information sur les réseaux sociaux, etc. L'information faite par le médecin est indispensable dans le cadre de la relation de soins pour expliquer les raisons d'un tel acte.

- « Fils d'un patient révolté de voir son père avec une contention pelvienne (prescrite par le médecin, patient ayant déjà chuté dans le service et présentant un grand risque de chute). Très mécontent de cette prise en charge. Celui-ci dans le couloir agresse verbalement deux personnels hospitaliers en vociférant et en disant vouloir le signaler sur les réseaux sociaux. Aucune suite pénale à cette affaire pour laquelle le médecin du service est intervenu pour explications près du fils et pour apaiser la situation. » (Gériatrie court séjour)

✓ **Remarque 24 Les conflits intrafamiliaux.** Il existe celui autour du parent âgé en raison de questions financières (héritage, prise en charge financière du séjour) qui peuvent amener les membres de la famille 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, d'informer les médias ou encore de dénoncer les mauvais traitements auprès des autorités administratives pour obtenir la fermeture de l'établissement. L'injustice de l'accusation ajoutée à la raison mercantile du conflit créent une véritable violence psychologique.

Un autre type 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 quotidienne du parent sur des multiples petits détails et dans sa globalité.

- « Mme Y est hospitalisée. Les deux enfants sont en conflit depuis plusieurs années et particulièrement sur le futur lieu de vie de leur mère. Rapidement, après son admission dans le service, Mme Z [sa fille] s'est manifestée auprès des soignants par courrier ou mail à la direction du centre hospitalier pour faire part de son mécontentement quant à la prise en charge de sa mère : alimentation inadaptée, non réponse aux appels de sa maman, refus de la part de l'équipe soignante de l'accompagner aux toilettes, incompétence, négligence, maltraitance... **La situation devient plus que difficile pour l'ensemble des soignants malgré beaucoup de temps passé à écouter, échanger, argumenter... Nous ne pouvons plus travailler dans des conditions sereines et souhaitons vous faire part au nom de l'équipe de jour et de nuit d'une certaine forme de "harcèlement moral", voire de propos diffamatoires à l'encontre du corps médical.** » (Gériatrie court séjour)

Ces conflits intrafamiliaux peuvent dégénérer ouvertement par des agressions verbales et physiques entre enfants ou sur les parents avec des répercussions sur la tranquillité du service et de l'ensemble des résidents, allant même parfois jusqu'à demander l'intervention des forces de l'ordre.

- « Lors de la visite de la fille de Mme Y dans la chambre, celle-ci agresse verbalement violemment sa sœur, présente dans la chambre. Cris, insultes et risque d'agression physique. En effet, **lorsque j'entre dans la chambre pour connaître les raisons de cette agitation, je découvre une des filles qui essaie de passer par-dessus le lit de la patiente pour attraper sa sœur et la violenter.** Je demande aux parties présentes de bien vouloir se calmer car cette agitation et comportement n'ont pas lieu d'être dans un HÔPITAL, en présence d'autres patients et familles qui sont très inquiètes au vu de l'agitation générée. Voyant qu'une des filles très véhémentes et après m'avoir esquivé physiquement pour essayer d'attraper sa sœur, **je finis par prendre la fille par les épaules et la faire sortir manu militari.** Je lui explique que je ne peux pas accepter ce comportement et lui demande de quitter les lieux. Je demande aux petits enfants

présents aussi de sortir, **la patiente faisant une grosse crise d'angoisse au vu de l'évènement.** Je demande à la patiente qui elle souhaite voir rester et lui donne un comprimé prescrit en cas de besoin pour les angoisses, la patiente ayant du mal à respirer. [...] » (Gériatrie court séjour).

- « À 19h, **le fils de la patiente commence à monter en pression (probablement alcoolisé et présentant des troubles du comportement), cri sur sa mère dans la chambre, puis vient dans le couloir et cri, demande un couteau pour planter sa mère.** [...] devient menaçant envers le personnel, lève les bras en notre direction, me dit "ferme ta g...". La sécurité intervient quelque temps après, réussissent à faire sortir le fils. Nous rappelle pour nous dire qu'il est en bas en train de boire une bière avec ses collègues. » (Gériatrie court séjour)

- « **Fils d'une résidente arrivé en état d'ébriété parle fort, s'en prend à sa maman.** Le personnel soignant lui demande de se calmer ce qu'il fait. **Son frère arrive ensuite et tous les deux se disputent.** Les soignants de nouveau interviennent et après discussion avec la résidente le personnel demande au premier garçon de partir ce qu'il refuse. **La police a dû intervenir.** » (USLD/EHPAD)

On notera également la difficulté lorsque dans le couple, l'un des deux est atteint d'un TPN, pouvant provoquer énervement et agacement chez l'autre et des nuisances pour le service.

- « **Ce soir au moment du souper nous entendons hurler, les cris proviennent de la chambre de Mme Y qui, avec son mari, se disputent.** Apparemment ce n'est pas la première fois. Mme Y fait n'importe quoi en rapport avec sa pathologie, ex. : se mettre nue, retirer sa protection... ce qui agace son mari, donc celui-ci la reprend ce qui déplaît à Mme Y qui l'insulte et lui dit des propos pas très gentil du genre "tu as qu'à aller te jeter dans [tel fleuve]". **Tous ces cris inquiètent et paniquent la voisine de chambre qui se met à pleurer et refuse de dormir en présence de sa voisine.** Suite à tout cela, j'ai demandé au mari de quitter le service pour apaiser les tensions. » (USLD/EHPAD)

✓ **Remarque 25** **Le vécu des soignants confrontés aux violences physiques. Analyse des EIG.**

L'ONVS reprend la remarque du précédent rapport sur ce thème qui a été le sujet de thèse de doctorat en médecine du Dr Marina Blanchard, « *Le personnel soignant face aux violences physiques des personnes âgées institutionnalisées* » (Pr Dominique Somme, PU-PH CHU de Rennes, président du jury. V. également la note 11, p. 11 de ce rapport). L'étude a volontairement porté sur les seules violences physiques faites par des patients sur des soignants à partir de 76 fiches d'événements indésirables avec des entretiens semi-dirigés.

L'auteur fait ressortir six éléments : **la fréquence déclarée de la violence** (avec un caractère subjectif important) : « *des patients qui essaient de nous taper ou de nous griffer, je considère même plus ça comme une violence.* » ; **la responsabilité individuelle** : « *Si on me donne un coup c'est que peut-être que j'ai pas fait comme il fallait.* » ; **la responsabilité institutionnelle** : « [...] *la charge de travail, le manque de temps à accorder aux personnes, les "obligations" comme la toilette, les horaires imposés par la vie en collectivité, la modification des habitudes de vie du résident et son inconfort relatif au fonctionnement de la structure (chambre à deux).* » ; **les conséquences physiques et psychologiques** : « [...] *le soignant victime a rapporté se sentir "impuissant", "surpris", "démuni", "choqué", "paniqué", "diminué", "déstabilisé", "en détresse psychologique", ou dans l'appréhension.* » ; **le jugement extérieur** : « *Les soignants ont ressenti une culpabilisation en provenance de la hiérarchie sur la survenue de la violence et sur la réalisation de DEI [...] inconfort de se sentir jugé sur leur travail et leurs compétences par d'autres soignants.* » [...] ; **la stabilité du personnel** : « *Huit soignants ont pensé quitter leur service en raison de la violence, s'ajoutant à la charge de travail, ou au manque de reconnaissance ressenti.* » (pp.22-24)

On retiendra encore de cette thèse, en page 34, la réflexion suivante :

« *Notre analyse a permis d'attirer l'attention sur :*

- *La nécessité de formations destinées aux nouveaux arrivants dans les secteurs gériatriques ;*

- L'amélioration des connaissances des soignants sur le droit des patients et notamment le droit au refus de soins des personnes présentant des troubles cognitifs ;
- La réalisation régulière d'AAPP permettant de jeter un regard critique sur les pratiques professionnelles, pour y apporter sens, cohérence et/ou améliorations, et surmonter des vécus professionnels difficiles ;
- La nécessité d'apporter des renseignements complémentaires sur les situations à déclarer et sur la finalité des DEI, et enfin,
- l'existence d'un lien entre les violences subies par les soignants et l'organisation des services.

III.5 Les services des urgences ⁴⁴

Les services des urgences sont, par définition, un lieu intense et permanent de passage, d'accueil et d'orientation de patients ouvert à toutes les pathologies médico-chirurgicales et psychiatriques et à toutes les souffrances, crises, angoisses, frustrations et contrariétés. Il est logique qu'un nombre important de signalements en émanent.

Les manifestations de violence y sont de nature et de gravité différentes, les agressions verbales y sont quotidiennes (83%) et les agressions physiques nombreuses (17%) : voir tableaux 6 et 7, pp. 22-23. Pour les cas les plus graves, dont la presse se fait parfois l'écho, il s'agit de scènes violentes et traumatisantes (délinquants de bandes rivales qui se retrouvent aux urgences, évasion/ou tentative d'évasion 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, personnes ayant de forts troubles psychiatriques, etc.). Voir notamment les signalements évoqués dans II.3 Les motifs de violence, 6- Règlements de comptes, pp. 72-74.

On y trouve aussi des comportements inciviques et antisociaux qui pèsent lourdement sur le quotidien des professionnels de santé et des personnels administratifs. Provocations diverses, chahuts, insultes, outrages, menaces, et même violences physiques. Les agents de sécurité-sûreté doivent intervenir ainsi que les forces de l'ordre. L'impact négatif sur l'activité du service, les personnels, les autres patients et personnes présentes est très fort.⁴⁵ Ces violences ne sont pas toujours liées à la pathologie du patient. Elles sont souvent importées ou la conséquence de facteurs multiples dont la cible est indirectement les personnels présents. Les soignants parlent alors d'effet « *contaminant* ».

Les urgences sont affectées de jour comme de nuit. Le graphique 17 et le tableau 17 page suivante donnent un aperçu des signalements de violence par tranche horaire et pourcentage. Si la tranche horaire de soirée est la plus délicate, celle de minuit - 6 heures apparaît également assez sujette aux violences. Les nuits du weekend représentent un facteur de risque plus important pour les soignants.

⁴⁴ « **Le nombre annuel de passages aux urgences progresse au même rythme depuis vingt ans.** En 2018, les 709 structures des urgences françaises ont pris en charge 21,8 millions de passages (21,1 millions pour la France métropolitaine, hors service de santé des armées [SSA]), soit 2,0 % de plus qu'en 2017. Cette progression prolonge la tendance observée depuis vingt ans. En 1996, le nombre de passages aux urgences s'établissait en effet à 10,1 millions pour la France métropolitaine (hors SSA). **Il a augmenté ensuite, régulièrement, de 3,4 % par an en moyenne.**

Les structures des urgences accueillent chacune, en moyenne, 30 800 patients par an, le nombre moyen de passages étant plus faible dans les services pédiatriques que dans les structures des urgences générales (27 300 passages en moyenne par an, contre 31 300). 19 % des passages aux urgences sont pris en charge par le secteur privé (considéré dans sa globalité), part qui a progressé dans les années 2000 pour se stabiliser depuis 2010.

Les petites unités sont les plus nombreuses : 18 % des unités d'urgences prennent en charge moins de 15 000 passages par an et 59 % d'entre elles, moins de 30 000. À l'opposé, 25 % des structures enregistrent plus de 40 000 passages par an et traitent 47 % de l'ensemble des passages. »

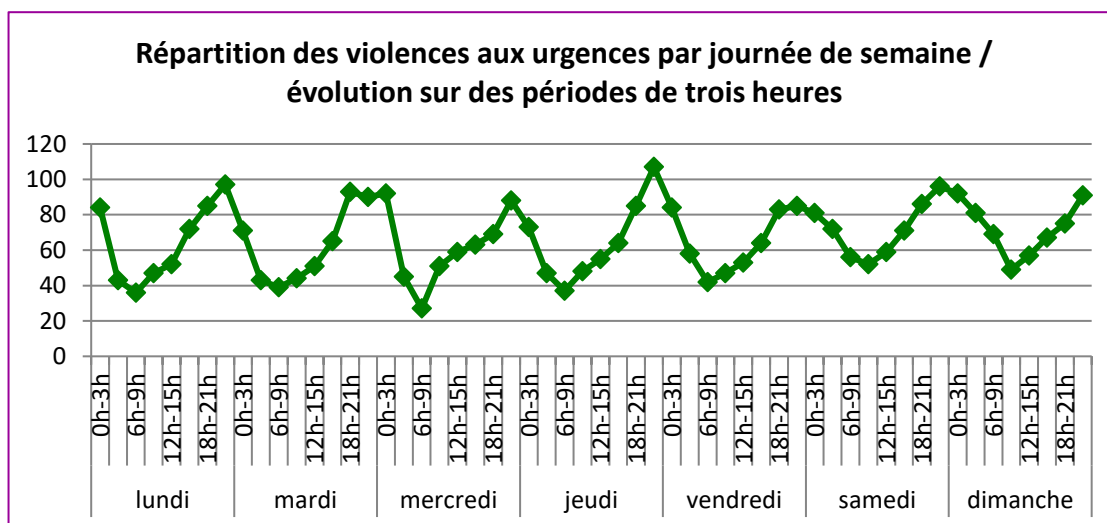
Source : Panorama des établissements de santé, DREES, Édition 2020, p. 11. Vue d'ensemble.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ve-18.pdf>

⁴⁵ Le mouvement de grève commencé en mars 2019 au sein de l'AP-HP et qui s'est étendu ensuite en France a eu pour origine ces violences contre les personnels des Urgences.

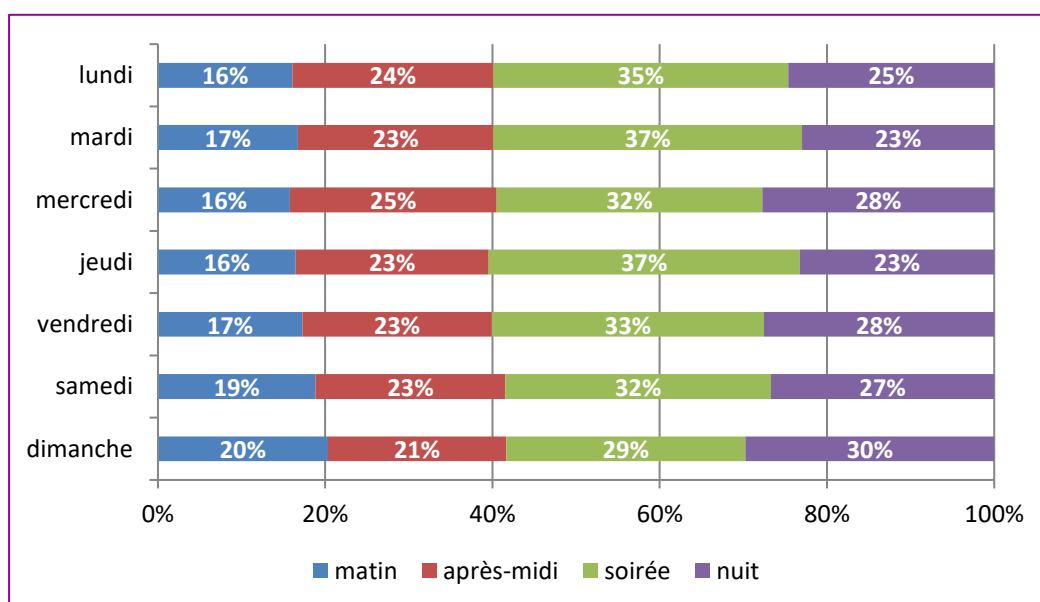
En effet, durant ces nuits, il apparaît clairement une surreprésentation des patients sous l’emprise de l’alcool et de produits stupéfiants (facteurs importants de passage à toute sortes d’actes violents). Ces risques particuliers caractéristiques sont bien connus des soignants. Des mesures particulières sont souvent prises, comme le recrutement de médiateurs, d’agents de sécurité ou de maîtres-chiens, la fermeture de certains accès.

Graphique 17. Violences aux urgences selon le moment de la journée (tranche horaire)



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

Tableau 17. Violences aux urgences selon le moment de la journée (pourcentage)



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

Les raisons conduisant à ces violences sont variées : attentes, incompréhension de la priorisation des prises en charges (gravité des cas et non par ordre d’arrivée), impatience, patient refusant de quitter le service après les soins, feignant d’être malade pour ne pas rester en garde à vue, absence d’offre de certains types de soins (odontologie...), dysfonctionnement entre services quant à l’orientation d’un patient pour la suite de sa prise en charge (personnes à risque, éthylisme, toxicomanie, psychiatrie...), contestation du fonctionnement administratif et logistique des urgences ou de l’établissement, conception architecturale des lieux inadaptée, installations et matériels

défectueux (distributeurs en panne, toilettes hors service, contention, etc.), organisation perfectible (voir chapitre II.3 Les motifs de violence, pp. 59-85).

- « Vers 18h, un individu qui venait se présenter aux urgences, dans un contexte de demande d'une prise en charge psychiatrique [...] a bousculé d'autres usagers en attente d'un enregistrement administratif. L'IDE d'accueil a prié le patient de respecter les autres usagers et de s'adresser à la secrétaire afin de s'enregistrer et qu'il bénéficiera des soins après. Il est sorti aussitôt du hall des urgences pour aller prendre sa camionnette et foncer dans la porte vitrée à l'entrée. Plainte de l'établissement. »

- « À 10h30 se présente le patient au service des consultations non programmées, il présente des douleurs gastriques et des nausées. L'aide-soignante prend ses coordonnées, et lui remet un "haricot" pour avoir un contenant s'il devait vomir lors de l'attente du médecin. À ce moment, le patient crache par terre plutôt que dans le haricot. L'AS (enceinte de 6 mois) lui fait gentiment la remarque qu'elle lui a donné un ustensile exprès pour et qu'il serait agréable qu'il l'utilise à cet objectif. C'est à ce moment que l'individu s'est mis à l'insulter et à vouloir lever la main sur elle. En entendant les cris le médecin s'est interposé entre lui et l'AS, et lui a demandé de sortir du service. C'est ensuite que le patient s'est mis à insulter toutes les personnes autour de lui et à provoquer une altercation avec le responsable du service technique, qui essayait cordialement de le faire sortir de l'établissement. »

- « Patient vu aux urgences et déclaré sortant mais refuse de quitter les lieux. Patient placé sous le sas des urgences à la demande du médecin par le personnel des urgences. Patient agressif, crache sur l'AS et l'insulte. Essaye de voler des draps. Se dirige vers la rampe et s'empare d'un pavé détaché de la chaussée (environ 30cm X 20cm) et au moins 2 kg, menace de le lancer sur le vigile et sur l'AS puis se dirige vers les véhicules du SMUR et arme le bras pour le lancer sur l'AR. Patient plaqué au sol et maîtrisé par l'AS aidé de l'agent de sécurité. »

Les urgences pédiatriques connaissent aussi ces tensions en raison notamment du stress des parents pour la santé de leur enfant. Parfois, la présence en nombre d'accompagnants et un environnement avec des « pleurs ++ » ne facilite pas la sérénité des échanges en vue de la prise en charge et des soins.

- « Au bout de 13 min d'attente, le papa interpelle le médecin en train de discuter d'une prise en charge dans le bureau IAO, afin que celui-ci voit son enfant. Il parle de façon agressive au médecin et à nous. Il pose son enfant par terre et lève la main sur nous. Maman récupère son bébé et essaie de calmer en vain papa. Papa nous menace. Appelle la sécurité, et une AP qui passait par le hall a eu peur et a appelé les cadres de nuit. »

- « Après une première prise en charge aux urgences et de retour chez elle, une maman s'inquiète pour sa fille et appelle pour se plaindre de la prise en charge de la veille. Veut revenir mais passer en priorité et ne pas refaire d'entrée. Devant le refus de l'agent, devient agressive. Fini par venir et réitère ses propos agressifs. »

- « Une famille vient aux urgences pédiatriques, leur fille a la gale et des coliques. On leur demande de ne pas toucher les jouets dans la salle de jeux. Le père insulte les puéricultrices et devient menaçant. »

- « Les personnes agressantes sont les personnes accompagnantes de l'enfant. Je me suis fait agresser cette nuit vers 3h40 dans la salle d'attente des urgences pédiatriques verbalement avec menaces, insultes (Ferme ta g..., grosse pu..., conn..., va n... ta mère) provocations, crachat au sol par un groupe de jeunes filles attendant en salle d'attente un enfant en consultation aux URP accompagné d'une personne se disant leur mère. Elles sont arrivées vers moi, alors que je nettoyait les wc, dans le but de me frapper. Elles ont jeté les gants posés sur mon chariot, déchiré quelques livres de la petite bibliothèque qui se trouvent dans cette même salle puis ont volé le reste. Entendant crier très fort, deux collègues de travail sont sorties et se sont fait insulter de "conn..." à leur tour. Elles sont rentrées chez elle ensuite. »

- « *Second passage de l'enfant aux urgences pour même motif : arrivent nombreux (mamies et tatas), arrivée de la maman hystérique, nous traite d'incapable, que l'on avait rien fait pour son enfant, me menace de mort, me menace en frontal de me frapper en hurlant dans la salle d'attente des urgences, faisant peur aux 2 autres enfants en attente présents ainsi que les parents. J'ai essayé d'expliquer mais aucune communication possible. IDE entendant le bruit et les cris s'est précipitée avec l'interne de garde, ma collègue a téléphoné à l'administrateur de garde. Parents témoins de la violence des propos et des gestes. »*

Plusieurs aspects de violences verbales et physiques communs à toutes les structures et spécialités ayant été déjà abordés dans différentes sections de ce rapport, ce focus évoquera :

- La prise en charge de personnes sous emprise manifeste d'alcool, de stupéfiants, de médicaments, et qui de surcroît, peuvent souffrir parfois de troubles psychiatriques.
- la contention mécanique.

■ **Les personnes sous emprise manifeste d'alcool, de stupéfiants, de médicaments avec ou sans troubles psychiatriques.** Cette prise en charge est particulièrement difficile à gérer. Parfois les personnels arrivent à calmer la situation après de longues négociations et palabres et parviennent à prodiguer les soins. Dans d'autres cas, notamment dans une phase d'agitation importante, ces patients sont inaccessibles au raisonnement et la situation peut s'envenimer très rapidement. Les signalements choisis montrent un large panel de ce qui peut arriver et la difficulté de retrouver des conditions normales de calme pour prodiguer les soins. Il faudra parfois appeler la sécurité interne et/ou les forces de l'ordre allant jusqu'à nécessiter une intervention en nombre, avec la difficulté de parvenir à administrer au patient une sédation quand cela est nécessaire, et que celle-ci fasse son effet.

- « *Un homme alcoolisé a été admis aux urgences. Il a tenu des propos injurieux à l'égard du personnel médical, puis a décroché une barre fixée au mur et donné un coup au pompier. Il a ensuite mordu un policier. »*

- « *J'étais en box B, j'ai entendu un bruit en box A, je n'ai pas pu y rentrer car le patient avait fermé la porte à clé. En faisant le tour j'ai pu y entrer par la 2^e porte. Le patient avait fait tomber le scope à roulette, fumait sa cigarette et buvait sa bière après avoir vomi et uriné++ au sol. Accompagnée par ma collègue nous lui avons demandé plusieurs fois d'éteindre sa cigarette, devant son refus j'ai aspergé la cigarette d'eau, il m'a alors traitée de sal... À l'arrivée des gendarmes, le patient était déjà parti. »*

- « *De nuit, d'un seul coup le patient s'agite et crie, menace, rentre dans une salle de consultation, casse un paravent, les pompiers tentent de le contenir en l'amenant au sol, appel des brancardiers, du médecin et de la police. Peur chez les soignants et les patients présents dans les urgences. Pompiers présents x3, brancardiers x2, personnel paramédical x5, force de l'ordre x2. »*

- « *Un individu se présente pour des plaies au niveau des poignets. Il se trouve alcoolisé et très nerveux. Après avoir été suturé il consomme de l'alcool à l'extérieur et revient à plusieurs reprises au niveau de l'accueil des urgences. C'est alors qu'essayant un refus à une proposition de café à un IDE il s'énerve et muni d'une machette dissimulée dans son pantalon menace le personnel soignant, deux IDE et un médecin, il brise alors la devanture vitrée de l'accueil puis jette la machette en direction de l'accueil, fort heureusement personne ne se trouve dans la direction du jet. La police se trouvant sur place pour une autre affaire intervient très rapidement l'individu se trouve maîtrisé et interpellé. »*

- « *Patiente hospitalisée en tri UHCD pour intoxication alcoolique, cannabique. Agitée, opposante. Nécessite surveillance car traumatisme crânien à scanner au matin. Contentionnée aux niveau des deux bras. Découverte dans son sac à main de deux armes blanches type couteaux papillons. Lors du début de nuit, s'agite et arrache une barrière d'un brancard quasiment neuf des urgences. Photos à votre disposition. Insultes et autres obscénités à l'encontre des professionnels. »*

- « **Un patient nous est amené par les pompiers pour état d'ivresse sur la voie publique, ce patient se montre agressif avec une autre patiente alcoolisée et le personnel soignant. Un certificat médical est fait afin qu'il reparte avec la police en cellule de dégrisement.** Environ une demi-heure plus tard, le patient revient avec la police et les pompiers car (je cite) "**le chef de la police n'en veut pas au commissariat**". Le patient a en sa possession une bouteille de vodka ainsi qu'une bouteille de bière que nous réussissons à lui prendre afin d'éviter qu'il continue de boire au sein des urgences. Le patient se montre de plus en plus agressif verbalement puis physiquement envers le personnel soignant jusqu'au moment où il tente d'agresser l'IOA. L'IDE de l'EHPAD présent à ce moment-là, intercepte le patient afin d'éviter qu'il n'y ait un drame. Il tente tant bien que mal de le maîtriser, l'installe sur le brancard et appelle immédiatement de l'aide via le PTI qui ne fonctionne pas à ce moment-là. Le médecin est appelé et arrive, nous emmenons le patient en salle d'isolement sur prescription médicale. **Le personnel soignant a reçu de multiples coups. Le patient est contentonné toujours sur PM** [prescription médicale]. **La sécurité qui avait été appelée est arrivée après.** »

- « **Agression verbale et physique d'un médecin chef de service et d'une infirmière des urgences par une patiente qui présente dans ses antécédents un alcoolisme sévère, est en cours de sevrage d'une addiction au cannabis et bénéficie d'un suivi psychiatrique.** »

Refus de prise en charge. Conflit entre médecins urgentistes et psychiatres quant à l'orientation rapide vers les urgences psychiatriques d'un patient schizophrène connu, en fugue et en rupture de traitement. Un autre patient avec des troubles psychiatriques est également conduit entre temps aux urgences.

- « **Le premier patient, schizophrène connu, amené aux urgences par les forces de l'ordre à 17h20 environ, car retrouvé agressif, délirant sur la voie publique, ayant menacé des passants dans la rue, et en rupture de traitement : à son arrivée, le patient nous est laissé par la police, calme, coopérant, certes délirant, mais non agressif, examen somatique normal, n'ayant pas pris d'alcool ni de toxiques, ayant fugué de [tel établissement]. L'interne de l'accueil appelle le médecin des urgences psychiatriques (après mon accord, étant le médecin de l'accueil ce jour) pour transférer le patient, après lui avoir expliqué le cas. Le psychiatre nous demande d'enregistrer le patient, refuse son transfert directement aux urgences psy, et viendra le voir... Je rappelle moi-même le psychiatre, qui m'explique que ce sont "les psychiatres qui décident quels sont les patients que l'on peut leur envoyer et lesquels ils viennent voir", ils fonctionnent "au cas par cas, il n'y a rien de systématisé". Le patient est alors en zone d'attente couché, sur un brancard, non contentonné car calme, au milieu d'autres patients somatiques. Puis il commence à se lever, à déambuler, jusqu'au moment où 50 minutes plus tard, attendant toujours les équipes psychiatriques, le ton est monté quand le patient a voulu aller aux toilettes avec toutes ses affaires dont un énorme sac. L'infirmier d'accueil lui expliquant gentiment qu'il doit laisser ses affaires sur son brancard, le patient s'est alors jeté sur l'infirmier le rouant de coups de poing... Le patient a été maîtrisé par d'autres infirmiers et la sécurité, mis sur le brancard, contentonné, mais non sédaté. Tout ceci s'étant passé devant une dizaine de patients somatiques dont une patiente en pleurs devant la situation, et une interne s'étant pris un coup dans la bataille. Il est alors 18h30 et toujours en attente de l'équipe de psychiatrie ! Entre temps et bien avant cette scène, le SAMU m'appelle pour nous adresser un patient schizophrène connu en rupture de traitement, pris en charge à domicile par une équipe médicale pour troubles du comportement, sans prise d'alcool ni de toxiques, avec un examen somatique normal, dont la prise en charge ne nécessitait pas une sédation car le patient était coopérant et calme. Je demande alors au médecin régulateur de voir si le patient peut être directement admis aux urgences psychiatriques, comme cela avait été validé lors de nos rencontres. Patient refusé du psychiatre: "vous l'adrezsez aux urgences somatiques et nous viendrons le voir". Ce patient est alors arrivé peu de temps après le premier, est resté calme dans la ZAC, jusqu'à ce qu'il se mêle également à la bagarre ! Les psychiatres ont été rappelés à 3 reprises mais ne sont arrivés qu'à 18h50, une fois la situation sous contrôle...** »

Pour un conflit avec les forces de l'ordre.

- « *Patient qui était en garde à vue par la Police Nationale et alcoolisé déposé aux Urgences, s'est montré très agressif et violent envers le personnel hospitalier. Il a dû être contentionné avec l'aide des agents de sécurité et de la Police et une fois le patient contentionné la Police a levé la garde à vue le temps de l'hospitalisation même contre avis du personnel des Urgences. Il est resté 6h dans le service et a occasionné beaucoup de stress avec son agressivité, et des dégâts sur divers matériels ainsi que la mobilisation de beaucoup de personnel soignant et de sécurité.* »

✓ **Remarque 26** La promiscuité de soins dispensés dans les mêmes locaux à des patients sous l'emprise manifeste d'alcool ou de stupéfiants, et à d'autres patients non sous cette emprise.

La conception des locaux des urgences pour l'accueil et le soin des patients alcoolisés et/ou sous l'emprise de stupéfiants mérite d'être repensée. En effet, la violence de ces patients parfois « incontrôlables », comme l'expriment bon nombre de signalements, avec les débordements qui s'ensuivent (violences contre les personnels parfois au moyen d'armes par destination, dégradations de matériel, violences même contre d'autres patients, sans oublier l'impact psychologique) sont source de désorganisation des services, de discontinuité des soins, de peur pour les autres personnes présentes dans les salles d'attente, ces personnes pouvant même quitter les lieux sans se faire soigner. Il convient d'évoquer une autre difficulté concernant cette promiscuité : la présence de patients gardées à vue ou sous-main de justice, et les tentatives d'évasion qui peuvent avoir lieu avec la présence éventuelle de complices.

■ **La contention mécanique.** Les signalements évoquent des contentions qui ne se font pas toujours dans des conditions paisibles pour diverses raisons : manque d'un personnel disponible (pris par une forte activité), en nombre suffisant (paradoxalement, parfois en trop grand nombre pour une contention sûre), expérimenté et coordonné pour cet acte en urgence qui intervient lors d'un soin, d'une opposition à un soin, ou encore lors d'une crise avec des patients en état second (forte alcoolisation et/ou prise de toxiques, de médicaments et/ou troubles psychiatriques). Au-delà des insultes et menaces parfois relevées par les personnels une nouvelle fois en raison de la violence des mots rabaisants et humiliants, ce sont des coups avec ou sans arme qui accompagnent cette action (coups de tête, de poing, de genou, de pied, morsures). Les catégories de personnels qui assistent les soignants sont également visés lors de la contention : sûreté-sécurité, forces de l'ordre, pompiers, brancardiers, etc. Cet acte demande beaucoup de vigilance pour se protéger et protéger le patient récalcitrant.

Menace de contention.

- « *Patient arrivant pour ivresse et plaie de la joue gauche. Agacé de la prise en charge, s'attaque verbalement au personnel (insultes, tutoiement, menaces) car désire avoir ses affaires et son téléphone. Essayons de lui expliquer la procédure. Bouton de sécurité déclenché. Calmé avec comme conditions de rester sur son brancard sinon protocole contentions mis en action.* »

Contentions dans diverses situations avec plusieurs intervenants différents pour prêter main forte.

- « *Patient placé au déchocage, avait envie d'uriner, mais n'était pas autorisé à se lever pour raison médicale, l'aide-soignante lui propose l'urinal qu'il a refusé, il s'est énervé, a proféré des menaces et a donné une gifle au visage de l'aide-soignante et il a arraché le pantalon de l'aide-soignant après l'avoir menacé et tordu le petit doigt et lui avoir craché au visage. Patient contentionné avec l'aide de 2 agents de sécurité.* »

- « *Patient amené par les pompiers pour tentative d'autolyse par absorption de médicaments et prise d'alcool, prise en charge initiale sans opposition. Retrouvé dans le couloir de soins des urgences sans vêtements, agressif envers le personnel, tentative de coup de poing à l'ambulancier SMUR et infirmier n°1. Accompagné dans son box de soins, coup de poing évité alors que le soignant lui tournait le dos pour l'installer sur son brancard, infirmier n°2. Maîtrisé au sol par ambulancier SMUR et 2 infirmiers puis contention araignée sur brancard.* »

- « *Patiente amenée aux Urgences par les pompiers dans un contexte d'Intoxication Médicamenteuse Volontaire. [...] Mise en place de contentions mécaniques avec nécessité de 10 intervenants. À l'issue de la PEC : apparition de douleur dans la nuque irradiant dans l'omoplate pour une infirmière. »*
- « *[...] Le patient m'a dit surtout n'oublie pas d'appuyer sur le coup de poing pour appeler de l'aide. Il a été difficile de le faire rentrer dans un box pour effectuer des examens. La gendarmerie a dû intervenir pour le maîtriser et le contentionner. Un accompagnant est venu me voir pour m'informer qu'il avait une clé à œil dans la poche arrière du pantalon. »*
- « *Monsieur est arrivé avec les pompiers, violents, agressif. A tenté d'uriner sur les vitres du sas pompiers. Contentonné dès l'accueil avec 9 agents, 4 pompiers. À 2h, se sort les contentions, 8 agents, impossible de le maîtriser, en attente de la gendarmerie. A donné un coup de pied dans le ventre d'une collègue, m'a craché dessus à 3 reprises. Insultant, menace de mort, de sodomie, pour moi et ma mère et tous les collègues présents. M'a également menacé de m'emmener de force dans [tel pays] pour m'enfiler la burqa. Insultes en arabe. Avons dû être 8 agents, 3 gendarmes pour réussir à lui remettre correctement les contentions. Crache partout dans la pièce. »*
- « *Après avoir été réinstallé le patient suite à une chute, alors qu'il tentait de se lever tout seul, avec mon collègue IDE, le patient s'est montré agressif s'est retourné sur son brancard et a saisi fermement ma carte professionnelle qui était fixée autour de mon cou. Le patient est immédiatement mis hors d'état d'agir et après il sera mis en place les contentions mécaniques. [...]* »
- « *Lors de la mise en contention d'une patiente qui avait fugué, celle-ci s'est montrée très virulente et se débattait. Lors de la maîtrise de la patiente, une main de la patiente a été lâchée par inadvertance et un coup de poing a été porté dans le visage (nez) provoquant un epistaxis et une forte douleur au niveau de mes OPN et du front. »*
- « *Patiente arrivée au SAU en fauteuil pour intoxication médicamenteuse volontaire et imprégnation alcoolique. Elle était énervée "veux mourir". Elle a été installée rapidement dans le lit avec des contentions en raison de son agitation très forte, elle se débattait et injuriait les professionnels avec des cris. "sale p..." "pétasse, conn..." "vas te faire en..." Elle a porté des coups, des coups de pied dans la mâchoire de l'aide-soignante. »*
- « *Patiente venue suite à une chute emmenée dans un box de [tel secteur] pour le début de la prise en charge, patiente agressive sans motif, m'a donné un coup de pied au-dessus du ventre et sur la poitrine (je tiens à préciser que je suis enceinte de 4 mois et demi), patiente agressive verbalement également, nous a craché à la figure comme 2^e réponse. Patiente consciente de ses faits et gestes. Patiente recadrée et informée de son mauvais comportement envers le personnel hospitalier, contentions ventrales installées, médecin présent. »*

Une fois la contention effectuée, il arrive que le patient, toujours agité ou refusant le soin, cause des dégradations (arrive à faire tomber le brancard et à casser du matériel) ; parvient tout de même à frapper le personnel ; se « décontentionne » en tout ou partie : liens pas assez serrés (pour ne pas blesser le patient) ou pas adaptés à la taille des poignets et des mains ; liens de mauvaise qualité ; section d'un des liens avec les dents ou un objet coupant caché à dessein ; lien cédant sous les gesticulations en raison de l'usure. Il peut alors frapper les personnels à portée de main, de pied, de tête et il n'est pas rare qu'il se saisisse d'un objet qu'il avait dissimulé pour frapper. Il peut feindre encore d'être toujours attaché et attendre que le soignant s'approche pour lui porter un coup par surprise. Pour des soins à faire, les soignants sont parfois obligés de décontentionner le patient, action qui est l'occasion de violences.

- « *Patient hospitalisé depuis la veille pour Intoxication Médicamenteuse Volontaire, qui était contentonné sur un brancard, mais qui a réussi à se libérer et à vouloir sortir fumer à l'extérieur.*

Nous avons **rattrapé** le patient **avant qu'il sorte**, nous l'avons raccompagné dans sa salle de soin, pour remettre les contentions en place. Au moment de remettre tout en place, le patient n'a pas voulu se laisser faire et a commencé à vouloir se lever, je l'ai retenu et c'est à ce moment qu'il **s'est brutalement débattu**. Le médecin qui était à proximité est venu en renfort (déjà présent 1 IDE et 1 AS), avec un troisième IDE et un agent de Police qui était présent aux urgences. Un second médecin est venu donner de l'aide également. Durant l'immobilisation, j'ai reçu des **coups dans la poitrine et costal gauche (douleur toujours présente durant la nuit de travail), des coups au niveau du cou, du menton et de la joue gauche**. [...] Il a insulté l'équipe soignante en disant que nous étions des fonctionnaires, qu'on faisait nos ordonnances soi-même pour avoir des drogues, qu'on ne faisait jamais rien, que nous étions des bons à rien. **Menaces de mort**. [...] »

- « Le **patient se trouvait dans un box des Urgences sur un brancard, contentonné des quatre membres pour son agressivité envers le personnel**. Patient **alcoolisé**. Vers 10h20 l'IDE entend beaucoup de bruit venant de ce box : **patient criant, très excité et arrivant à faire bouger le brancard**. Avec ce brancard il a donné des coups sur le lavabo et ce dernier a cédé. Il a également endommagé le brancard. Menace envers l'IDE. Appel fait aux services de police qui ont emmené le patient au commissariat. Plainte. »

- « [...] Patient contentonné avec loxapac IM et brancard de contention. **Le patient a réussi à sortir du brancard pour aller fumer**, je le rattrape devant le parking avec une collègue. »

- « **Les 2 agents ont été agressés par une patiente au moment de remettre les contentions car elle allait se détacher**. Cette patiente était hospitalisée en UHCD pour un avis psychiatrique le lendemain dans un **contexte d'IMV (paracétamol mais pas à dose toxique)**. Elle n'était plus gérable dans le service et a donc été réorientée au SAU. Elle **avait reçu une contention chimique (loxapac en IM) en plus des physiques**. Un des agents a été mordu avec marques des dents visibles et léger saignement. Le deuxième agent a eu 2 doigts de tordu. Il y avait 6 agents pour la maîtriser (4 IDE et 2 brancardiers). »

- « **Patiente alcoolisée + prises de toxiques, qui été contentonnée, veut partir, agressive, s'est décontentonnée, a arraché ses perfusions**, [...]. Coup reçu au visage par moi-même. »

- « [...] **Patient détenu recontentonné à multiples reprises car très agité, se libère des contentions**. »

- « **Patient agité nécessitant une contention abdominale, pieds et mains**. Nous étions 8 personnes pour le maintenir. **Le patient a ensuite coupé toutes les sangles de contention avec un couteau**. »

- « **Monsieur a été admis à 1h15, amené par la police dans le cadre de sa garde à vue**. À l'arrivée dans le SAS ambulances, le patient, installé sur un lit, a commencé à être agité et s'est volontairement cogné la tête dans le mur. Le **patient est hémophile**. Transféré en salle de soins et **mis sous contention**. **Malgré celle-ci, il arrive à se mouvoir et à cracher du sang en direction des soignants, médecins et de l'agent de sécurité, présents dans le box**. Les **murs, le sol, le plafond, les vitres et le matériel se trouvent maculés du sang du patient**. **Un soignant a reçu du sang sur les avant-bras ainsi qu'un coup de pied au niveau de la main droite, qui a généré une douleur persistante au niveau de la main et du poignet**. [...] »

Quant aux risques d'une contention partielle.

- « **Patient énervé qui refuse de se déshabiller, devient agressif envers les agents de sécurité qui ont été appelés pour l'aide à la contention mains + ventre**. Le patient réussit à détacher une main et tente d'agresser un soignant, **1 agent de sécurité attrape le bras et au moment de l'allonger sur le brancard, le patient lui donne un coup de genou dans l'arcade**. »

À noter ce cas où c'est le compagnon qui coupe les contentions.

- « **Le compagnon s'introduit dans le box où est pris en charge sa compagne : coupe les sangles de contentions avec un arme blanche et menace de mort l'IDE et l'AS**. »

CONCLUSION

La prévention et la lutte contre les atteintes aux personnes et aux biens est un enjeu capital pour les établissements de santé. Elle entre pleinement dans la gestion des nombreux risques que doivent envisager leurs directeurs, tant ces atteintes affectent la sérénité des conditions de travail et par conséquent la mission de soin. L'ONVS rappelle l'ensemble des impacts négatifs :

- désorganisation des services,
- coût humain (*personnel en souffrance, arrêt de travail, sentiment d'insécurité, difficulté de fidélisation, difficulté de recrutement*),
- coût financier pour l'établissement mais aussi pour toute la société,
- atteinte à mission de service public (*mise en danger de l'accès aux soins et de leur continuité*),
- dégradation de la réputation et de l'image de l'établissement.

Comme cela a été également relevé en introduction, on peut considérer à juste titre que les directeurs d'établissements doivent acquérir une nouvelle compétence de « sécurité », qui originellement ne faisait pas partie de leur cœur de métier. Cette compétence est assurée de la meilleure façon dans le cadre d'un projet de service global. La non prise en compte de la prévention et de la lutte contre les incivilités et les violences participe des impacts négatifs énumérés ci-dessus.

Au-delà des divers aspects entrant en ligne de compte pour développer ce projet de service, c'est aussi le développement d'un **état d'esprit positif et d'implication de l'ensemble des personnels de l'établissement** qu'il convient de générer – **dont la communauté médicale qui, en tant que chef de pôle, d'unité et de service, joue un rôle essentiel d'impulsion** – pour obtenir le succès escompté et restaurer ainsi le respect dû aux professionnels de santé et aux personnels des établissements, ainsi que les règles élémentaires de civisme et de vie en société. À défaut, la sécurisation ne se fera pas.

Ce projet de service peut se décliner en trois axes (prévention primaire, secondaire, tertiaire). Il permet de mettre en œuvre une palette d'outils capable de répondre de la meilleure façon possible à cet enjeu, associant étroitement par ailleurs, au niveau local, les institutions partenaires en charge de la sécurité et de la justice.

Ce qu'évoque l'ONVS ci-après est le fruit de ses nombreux échanges et rencontres sur site, conférences-débats, qu'il peut avoir avec l'ensemble des acteurs, et d'un travail d'analyse et de réponses aux diverses problématiques en matière de sécurité et de sûreté qui lui sont soumises.

■ Prévention primaire : prévenir la violence

Les formations et les échanges

- Apprendre aux personnels au plus tôt, y compris au corps médical, par des formations pratiques et adaptées au contexte de travail à gérer les situations d'agressivité verbales et physiques. Diverses méthodes existent qui font leur preuve.⁴⁶ D'autres secteurs d'activité forment leurs personnels sur cette problématique.⁴⁷ Ce sont des méthodes faites par des soignants pour des soignants, respectant particulièrement la philosophie de la santé. Elles intègrent la communication auprès des patients, résidents et accompagnants, source de tensions et de violences lorsqu'elle est mal maîtrisée. Ces formations permettant d'assurer ainsi une cohésion indispensable de l'équipe, du

⁴⁶ On citera, par exemple, la méthode « Grouille-Smolis » (1995, CHU de Limoges <http://www.chu-limoges.fr/fierdenotrechue-solution-contre-les-violences-au-quotidien.html>) ou encore la méthode « OMEGA » (1997, née dans le secteur psychiatrique au Canada <http://asstsas.qc.ca/formations-nos-formations/omega-de-base>).

⁴⁷ Il s'agit en particulier des personnels navigants. v. Guide ONVS, Prévention des atteintes, p. 37 et note 26. <https://solidarites-sante.gouv.fr/dgos-onvs-documentation-pratique>

pôle, de l'unité, etc. face à un phénomène que tôt ou tard, les personnels rencontreront. L'adage « *mieux vaut prévenir que guérir* » devrait prendre tout son sens en santé.

- Avant une prise de fonction médicale d'un service et paramédicale (cadre), envisager une formation ciblée sur les questions de sûreté-sécurité des patients, du personnel et des biens.
- Approfondir davantage les formations d'acquisition des connaissances de certaines pathologies notamment en psychiatrie, en gériatrie, en établissement d'accueil spécialisé (ex : soudaineté et imprévisibilité de la violence) et du contexte spécifique de ces spécialités. Le but est aussi d'arriver à développer une vigilance accrue des personnels.
- Des échanges au sein et entre les diverses équipes soignantes sur le cas de tel ou tel patient, la posologie, éléments de prévention non négligeables (passage de consignes).
- Intégrer dans les formations initiales des professions de santé ces formations à l'agressivité verbales et physiques. Les étudiants et élèves sont parfois confrontés dès leur premier stage à cette violence sans y être préparés.
- Développer davantage l'accompagnement des jeunes professionnels pour transmettre les savoir-faire et savoir-être, évitant les erreurs de début de carrière par manque d'expérience, surtout dans les secteurs les plus sujets aux violences (idée d'un tutorat ou compagnonnage).
- Savoir détecter un soignant qui finirait par saturer dans un poste et risquer de subir de la violence dans cette perspective ou de devenir maltraitant. Envisager avec lui une formation complémentaire, une sorte de remise à niveau, voire envisager une mobilité dans une autre unité.
- Former spécifiquement les agents de sûreté et de sécurité incendie. Des établissements ont mis en place diverses formations adaptées à la spécificité de la santé (TPN, incendie, NRBC, violence), font suivre également des formations de médiation, de techniques concernant les moyens de protection (vidéo, etc.), travaillent sur la cohésion avec les équipes de soignants.
- Proposer des journées d'information sur site concernant des thématiques comme la laïcité, la radicalisation, les enjeux de cyber sécurité (il s'agit d'une violence qui met gravement en péril l'établissement notamment dans son aspect d'assurer les soins), le fonctionnement de la justice (principes élémentaires de l'action pénale et de la procédure élémentaire, rôle du procureur, droits dont disposent les personnels de santé), la menace terroriste.⁴⁸

Le pouvoir de police générale du directeur

- Le code de la santé publique développe notamment dans le volet des « conditions de séjour » (art. R 1112-40 à R 1112-55) une palette d'outils permettant au directeur d'établissement d'assurer son rôle de régulateur de « la tranquillité publique » au sein de l'établissement.

⁴⁸ La formation théorique continue mise en place à partir de mai 2018 dans la fonction publique hospitalière [en application des directives de la circulaire ministérielle de novembre 2016 sur la sécurisation des établissements de santé, 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] participe à cette information. Elle 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 y est notamment abordé (principe du dépôt de plainte, etc.).

- Mettre à jour régulièrement le règlement intérieur pour l'adapter en particulier face aux nouvelles problématiques constatées en matière d'atteintes aux personnes et aux biens (art. L 6143-7 du CSP).

- Mettre à jour les livrets d'accueil des patients pour tout ce qui est en lien avec le respect des conditions de séjour et de visite. Proposer des chartes spécifiques dans certaines unités (maternité notamment). Mettre à disposition une ou plusieurs versions en langue étrangère pour des populations ne parlant pas ou mal le Français.

L'analyse des fiches d'événements indésirables

Des établissements ont mis en place dans le cadre de cette analyse, des comités, issus parfois du CHSCT, sur cette thématique des violences associant des personnels volontaires et investis et associant également divers cadres de l'établissement (RH, directeur des soins, psychologue, formation, sécurité-sûreté, logistique, médecine de travail, etc.). Comme il est évoqué en pages 10 et 11, cette analyse est indispensable et permet de présenter toutes les mesures mises en œuvre auprès de l'ensemble des personnels.

- L'aménagement de lieux et espaces adaptés au contexte de la spécialité (psychiatrie, urgences, etc.) pour permettre de s'échapper en cas de situation qui n'est plus maîtrisable ou parce que le soignant, se retrouvant seul, ne peut plus faire face et pour protéger les autres patients.

■ Prévention secondaire : faire face à la violence

- Mettre en pratique du mieux possible les gestes et les attitudes appris lors des formations à l'agressivité verbale et physique.

- Proposer et fournir des outils de sécurité et de protection fiables adaptés pour les personnels (DATI, PTI, manchons anti-morsures ou griffures des avant-bras, masque de protection, etc.) aidant à faire face à l'événement en permettant une intervention rapide des autres soignants ou des personnels de sécurité-sûreté.

- Cultiver une relation de proximité régulière avec la police et la gendarmerie pour une intervention dans les meilleurs délais et conditions (rappel de la nécessité de conclure et d'entretenir la convention « santé-sécurité-justice » - « référents sûreté », conseils par rapport à toutes les problématiques concernant les atteintes aux personnes et aux biens.

- Dans les accueils/standards (hall de l'établissement, voire banque d'accueil d'une unité) mettre en place une caméra-vidéo avec information précise du public (en plusieurs langues) permettant en cas de violences physiques et même verbales d'apporter des éléments de preuve aux enquêteurs.⁴⁹

■ Prévention tertiaire : soutenir la victime et lui donner les moyens de se reconstruire

- Il s'agit dans cette phase de développer le soutien médical, psychologique, juridique et hiérarchique pour aider la victime à se reconstruite, notamment à la suite des violences subies et du

⁴⁹ Pour l'accueil téléphonique, l'ONVS suggère l'idée de mettre en place un court message d'accueil comme le pratiquent certaines enseignes commerciales et sociétés de service. Par exemple : « Pour améliorer la qualité de notre service d'accueil, nous vous informons que votre conversation est susceptible d'être enregistrée » ; « Dans le cadre du suivi de notre qualité de service nous vous informons que cette communication peut être enregistrée. » Outre l'amélioration de l'accueil des patients et du public, essentielle quant à la réputation et à l'image de l'établissement, ce type de message présenterait l'avantage d'être dissuasif. Par ailleurs, en cas d'outrages et de menaces proférés, un élément de preuve serait ainsi recueilli.

stress post-traumatique. Diverses méthodes de soutien psychologique existent.⁵⁰ Certains établissements proposent aussi un soutien psychologique à leurs patients victimes.

- L'utilisation de lettres de mises en garde, dénommées en santé « *rappel à la loi* », est couramment faite tandis que bien des comportements inciviques ne seront pas portés à la connaissance des forces de l'ordre et de la justice. Dans le même ordre d'idée, une lettre de soutien de la direction au personnel victime est très appréciée, lettre rappelant par ailleurs les diverses mesures existantes en ce qui concerne ce soutien médical, psychologique, juridique et hiérarchique.
- Aider la victime dans son dépôt de plainte (accompagnement systématique au service judiciaire, prise de rendez-vous, constitution de partie civile de l'établissement si préjudice direct avéré). Au besoin pour les professionnels ordonnés, l'ordre professionnel est habilité à se constituer partie civile. Il est rappelé que le fait de déposer plainte est une façon d'être restauré dans ses droits et dans sa dignité face à l'injustice et à l'humiliation que représente la violence commise.
- Mettre en œuvre la « protection fonctionnelle »⁵¹ pour le secteur public ou « protection juridique » pour le secteur privé, cette dernière s'alignant de plus en plus sur celle des fonctionnaires.
- Faire des RETEX (retour d'expérience) à la suite d'événements ayant eu des conséquences physiques ou psychiques importantes (en équipe de soins, au sein du « comité violence »).

⁵⁰ Au cours de ses déplacements dans plusieurs EPSM, l'ONVS a été intéressé par la présentation de la méthode dite « EMDR » dans le cadre d'un stress post-traumatique. La SFMU a publié un article à ce sujet.

Source : https://www.sfm.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/interet-de-la-therapie-emdr-aux-urgences-dans-l-etat-de-stress-post-traumatique/new_id/60799

⁵¹ L'État vient de rappeler avec force l'obligation des employeurs publics concernant en particulier la mise en œuvre de la protection fonctionnelle. Voir circulaire interministérielle (ministères de l'intérieur, de la transformation de la fonction publique, de la justice, délégué à la citoyenneté) du 2 novembre 2020 visant à renforcer la protection des agents publics face aux attaques dont ils font l'objet dans le cadre de leurs fonctions

https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/45074?tab_selection=circ&searchField=ALL&query=*&searchType=ALL&typePagination=DEFAULT&sortValue=PUBLI_DATE_DESC&pageSize=10&page=1&tab_selection=circ

Échelle de gravité des signalements

L'échelle de gravité des signalements de l'ONVS⁵²

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.).

La fiche de signalement ONVS⁵³

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.

⁵² <http://social-sante.gouv.fr/dgos/onvs>

⁵³ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_de_signalement_onvs.pdf

Thème des ✓ Remarques

Remarque 1	p. 7	Le contexte sociétal des violences
Remarque 2	p. 10	Les causes de violences dues à l'institution
Remarque 3	p. 12	Les violences « médicalement » involontaires : les TPN
Remarque 4	p. 20	Une violence verbale toujours prédominante
Remarque 5	p. 33	Les gardes particuliers assermentés du domaine public routier
Remarque 6	p. 41	Il n'y a aucun rapport entre « l'ITT » et « l'AT »
Remarque 7	p. 52	Une campagne nationale pour prévenir les conflits « aigus » (entre personnels)
Remarque 8	p. 82	Signes d'une radicalisation violente
Remarque 9	p. 85	Comment concilier le droit à l'image et le droit à l'information ?
Remarque 10	p. 89	L'épuisement et la souffrance psychologique face à des situations difficilement gérables sur le long terme
Remarque 11	p. 89	Délais d'intervention des forces de l'ordre et déplacement
Remarque 12	p. 90	Les réticences au dépôt de plainte des personnels de santé
Remarque 13	p. 93	La protection pénale d'un agent de sécurité d'une société privée travaillant au profit d'un EPS
Remarque 14	p. 93	La peine complémentaire d'interdiction de paraître dans les lieux et ses limites
Remarque 15	p. 94	Le délit de menace contre un professionnel de santé : une seule menace suffit
Remarque 16	p. 98	Lutter contre les violences verbales, un objectif majeur de sécurisation
Remarque 17	p. 104	Diverses méthodes d'intimidation, de pression et de chantage pour tenter d'obtenir satisfaction ou refuser de respecter les règles de l'établissement
Remarque 18	p. 106	Des excuses, lorsqu'elles ont lieu, sont appréciées des personnels
Remarque 19	p. 107	À propos de la responsabilité pénale des mineurs
Remarque 20	p. 111	Le caractère délétère des faits de violence sur les professionnels en charge de mineurs
Remarque 21	p. 123	De quelques déterminants de l'agressivité en milieu de soins hospitalier psychiatrique et de la façon de pouvoir y remédier
Remarque 22	p. 126	Déposer plainte ou non contre un patient violent en psychiatrie ?
Remarque 23	p. 130	Établissements psychiatriques et « conventions santé-sécurité-justice »
Remarque 24	p. 138	Les conflits intrafamiliaux
Remarque 25	p. 139	Le vécu des soignants confrontés aux violences physiques. Analyse des EIG
Remarque 26	p. 145	La promiscuité de soins dispensés dans les mêmes locaux à des patients sous l'emprise manifeste d'alcool ou de stupéfiants, et à d'autres patients non sous cette emprise

Liste des abréviations, sigles et acronymes utilisés

AAPP :	Atelier d'analyse de pratique professionnelle
ADG :	Administrateur de garde
ADS :	Agent de sécurité
ANESM :	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
AP-HM :	Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille
AP-HP :	Assistance Publique-Hôpitaux de Paris
ARM :	Assistant de régulation médicale
ARS :	Agence régionale de santé
AS :	Aide-soignante
ASHQ :	Agent de service hospitalier qualifié
AT :	Arrêt de travail
ATCD :	Antécédents
AVP :	Accident de voie publique
CATTP :	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CH :	Centre hospitalier
CHS :	Centre hospitalier spécialisé (en psychiatrie)
CHU :	Centre hospitalier universitaire
CME :	Commission médicale d'établissement
CMP :	Centre médico-psychologique
CNIL :	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CP :	Code pénal
CPP :	Code de procédure pénale
CSI :	Chambre de soins intensifs (chambre d'isolement)
CSP :	Code de la santé publique
DATI :	Dispositif d'alerte du travailleur isolé
DEI :	Déclaration d'événement indésirable
DREES :	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EBL :	Établissement à but lucratif
EHPAD :	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPS :	Établissement public de santé
ES :	Éducateur spécialisé
ESPIC :	Établissement de santé privé d'intérêt collectif
FEI ou FSEI :	Fiche (de signalement) d'événement indésirable
GN :	Gendarmerie nationale
HAD :	Hospitalisation à domicile
HAS :	Haute autorité de santé
HDJ :	Hôpital de jour
IADE :	Infirmière anesthésiste diplômée d'État
IAO :	Infirmière d'accueil et d'orientation
IBODE :	Infirmière de bloc opératoire diplômée d'État
IDE :	Infirmière diplômée d'État
IDG :	Interne de garde
IFSI :	Institut de formation en soins infirmiers

IMV :	intoxication médicamenteuse volontaire
ITT :	Incapacité totale de travail (notion uniquement juridique)
MAS :	Maison d'accueil spécialisée
MCO :	Médecine, chirurgie, obstétrique
MDG :	Médecin de garde
ONVS :	Observatoire national des violences en milieu de santé
PAA :	Passage à l'acte
PASS :	Permanence d'accès aux soins de santé
PEC :	Prise en charge
PM :	Police municipale
PMR :	Personne à mobilité réduite
PN :	Police nationale
PTI :	Protection du travailleur isolé
PUI :	Pharmacie à usage intérieur
PU-PH :	Professeur des universités – Praticien hospitalier
SAMU :	Service d'aide médicale urgente
SMUR :	Service mobile d'urgence et de réanimation
SAUV :	Salle d'accueil des urgences vitales
SPDRE :	Soins psychiatriques à la demande du représentant de l'État
SSIAD :	Service de soins infirmiers à domicile
SSR :	Soins de suite et de réadaptation
TPN :	Trouble psychique ou neuropsychique
TTT :	Traitement
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 (personnes détenues)
UHTCD :	Unité d'hospitalisation de très courte durée
UMD :	Unité pour malades difficiles (santé mentale)
UMJ :	Unité médico-judiciaire
URPS :	Union régionale des professionnels de santé
USIP :	Unité de soins intensifs en psychiatrie
USLD :	Unité de soins de longue durée
UCC :	Unité cognitivo-comportementale
VSL :	Véhicule sanitaire léger