



Master 2

Pilotage des politiques et actions en santé publique

Promotion : **2017-2018**

La violence envers le personnel hospitalier
État des lieux et mécanismes de résilience

Audrésy GASTON

Septembre 2018

Remerciements

Mes remerciements s'adressent d'abord à Monsieur Arnaud CAMPEON, directeur de mon Master II, ainsi qu'à l'ensemble des mes enseignants de l'EHESP pour la qualité des enseignements dispensés cette année et pour leur accompagnement, que ce soit au cours de l'année ou lors de la réalisation de ce mémoire.

Ensuite je tiens à remercier mon maître de stage, Monsieur Pascal BRIOT, ainsi que les personnes du Centre Eugène Marquis avec lesquelles j'ai eu l'occasion de travailler, merci pour votre accueil, votre bienveillance à mon égard et merci de m'avoir donné l'opportunité de participer à des missions intéressantes. Et surtout je remercie les personnels du centre pour avoir répondu à mon questionnaire en ligne sur la thématique de la violence.

De plus, il m'est cher d'adresser particulièrement mes remerciements à Monsieur le Commissaire divisionnaire Vincent TERRENOIR pour avoir accepté de me rencontrer afin d'échanger sur les violences en milieu hospitalier. Merci pour votre écoute, vos précieux conseils et surtout votre soutien.

Je remercie également les personnes que j'ai interrogées lors de la conduite de mes entretiens qualitatifs notamment Monsieur Loïc LEGALL, Monsieur Éric LOUIS et ainsi que les personnels soignants que j'ai interviewés.

J'exprime également ma sincère reconnaissance envers mon ami, François GERNIER qui a consacré de son temps à l'analyse statistique des données de l'enquête. Merci de ton soutien et de ton aide précieuse.

Enfin je souhaite aussi exprimer ma profonde gratitude à l'égard de mes parents, ma sœur et mes ami(e)s pour leur soutien indéfectible depuis toujours.

À tous sincèrement merci.

S o m m a i r e

Table des matières

Introduction	1
I. Définir la violence : une objectivation difficile	4
1. Conceptualisation de la violence.....	4
1.1 Les différentes définition de la violence.....	4
1.2 Le caractère subjectif de la violence : le rapport à la norme	7
2. La classification de la violence.....	8
2.1 La typologie proposée par l’OMS	8
2.2 Le concept de “violence au travail” :	10
2.3 La nature des actes violents.....	11
3. Le cadre réglementaire de la violence.....	12
3.1 Les règles d’application du droit pénal aux actes de violences.....	13
3.2 Les sanctions applicables aux faits de violences	14
II. Analyser la violence sous le prisme de courants différents.....	16
1. Le courant anthropologique.....	16
1.1 L’agressivité : entre instinct naturel et résultat de la culture.	16
1.2 La psychologie de l’agressivité	17
2. La violence vue par les sociologues	19
2.1 L’approche empirique	20
2.3 Le point de vue systémique	22
III. La violence à l’hôpital : un phénomène nouveau ou une prise de conscience généralisée ?	23
1. L’hôpital : la portée d’entrée de tous les maux.....	23
2. Des maux à la violence	24
2.1 De la violence quotidienne	24
2.2 ... à la menace terroriste.....	26
Partie II. État des lieux : Appréciation quantitative et qualitative des violences envers le personnel hospitalier.....	29

I. Les données au niveau national : le rapport de l'ONVS	29
1. L'observatoire national des violences en milieu de santé : une étude basée sur la démarche participative des établissements de santé	29
2. L'analyse des violences envers le personnel hospitalier sur le territoire français 30	
2.1 Présentation des données de 2017	30
2.2 Focus sur les atteintes aux personnes	31
2.3 Les motifs de la violence.....	35
II. L'enquête terrain sur la violence menée au sein du Centre de Lutte Contre le Cancer de Rennes	36
1. Le Centre de Lutte Contre le Cancer : un établissement spécialisé	37
1.1 Présentation du Centre Eugène Marquis.....	37
1.2 Une population spécifique induisant une violence différente	37
2. L'enquête sur les faits de violence au sein du Centre Eugène Marquis.....	41
2.1 Méthodologie d'enquête.....	41
2.2 Résultat de l'enquête	42
III. L'impact de la violence sur l'organisation de soins	53
1. L'impact au niveau organisationnel	53
2. La violence, un facteur de risques psychosociaux	55
3. Une entrave à la qualité des soins.....	58
Partie III. Le développement des mécanismes de résilience des établissements de santé face à la violence	59
I. La mise en place d'une politique de prévention des atteintes aux personnes et aux biens en milieu de santé	60
1. Une stratégie nationale de lutte contre les violences en milieu de santé	60
1.1 Le ministère de la santé proactif en la matière.....	60
1.2 L'institution de partenariat interministériel : la signature des conventions santé-sécurité-justice .	61
2. Les actions stratégiques de prévention et de lutte contre la violence	62
2.1 Les actions sur le plan structurel.....	62
2.2 Les actions sur le plan organisationnel.....	63
2.3 Les mesures axées sur les personnes	64
II. Le plan de sécurisation d'établissement : la formalisation d'une politique de sécurité-sûreté à l'hôpital	66
1. L'enjeu de développer une culture de sécurisation à l'hôpital.....	66

1.1 La sécurité-sûreté : l'affaire de tous.....	66
2.2 Les difficultés constatées pour ancrer la culture de sûreté à l'hôpital	68
2. L'élaboration du plan de sécurisation : la participation au PSE du Centre Eugène Marquis.....	68
2.1 Le plan de sécurisation : un véritable plan opérationnel.....	69
2.2 La protection par la diminution des vulnérabilités.....	71
Conclusion	74
Bibliographie	81
Liste des annexes	I
I. Questionnaire enquête sur la violence en milieu hospitalier	II
II. Durée des entretiens semi-directifs.....	VII
III. Retranscriptions anonymisées des entretiens avec le personnel soignant	VIII
IV. Phasage plan de sécurisation.....	XVIII
V. Feuille de cotation des risques et maîtrise du risque....	Erreur ! Signet non défini.
VI. Échelle de gravité des signalements de l'ONVS.....	XXII

Avertissement

Pour des raisons de confidentialité, les annexes concernant la cotation et la maîtrise des risques au sein du CLCC de Rennes ont été retirées pour la présente diffusion.

Liste des sigles utilisés

ARS : Agence régionale de santé

CEM : Centre Eugène Marquis

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLCC : Centre de Lutte Contre le Cancer

FSI : Forces de sécurité intérieure

ITT : Incapacité totale de travail

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONVS : Observatoire national des violences en milieu de santé

PCA : Plan de continuité d'activité

PSE : Plan de sécurisation d'établissement

SHFDS : Service du haut fonctionnaire de défense et de sécurité

Introduction

« Penser la sécurisation des établissements est une approche globale garantissant le niveau des soins, l'accueil des patients et la qualité de vie au travail des personnels »

Madame Agnès BUZYN,

Ministre des solidarités et de la santé,

Colloque sur la sécurisation des établissements de santé,

7 novembre 2017

En 1996, la Quarante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA49.25, où elle déclare que **la violence est un problème de santé publique majeur et croissant dans le monde entier**. En effet, la santé publique déborde largement le champ de la médecine et des professionnels de santé. Elle vise à analyser l'ensemble des questions et des phénomènes qui touchent et concourent à la santé des individus afin d'assurer non seulement une maîtrise des risques et des maladies, mais aussi une réelle amélioration de l'état de santé des populations. Ainsi aborder la violence sous l'angle de la santé publique est pertinent dans le sens où celle-ci impacte la santé des populations ainsi que leur sécurité. Chaque année, la violence dans le monde fait plus de 1,6 million de morts. Elle figure parmi les principales causes de décès des 15 à 44 ans dans le monde.¹ La technologie et les canaux de communication que l'on connaît aujourd'hui : réseaux sociaux, télévision, journaux, radio, internet permettent à l'ensemble de la population d'être tous les jours témoins de certains types de violence – terrorisme, guerres, émeutes et troubles civils –, mais bien plus de violence encore se produit loin des regards, dans les ménages, sur le lieu de travail, voire dans des établissements médicaux et sociaux créés pour s'occuper des gens.

Au cours de mon stage de fin d'études au sein d'un établissement de santé, une de mes thématiques de mission a été de participer à la rédaction du plan de sécurisation d'établissement. J'ai donc fait le choix de rédiger mon mémoire sur la thématique de la violence en établissement de santé. D'une part car cette problématique est présente plus que jamais dans les débats sociétaux d'aujourd'hui et d'autre part car parler des mesures de sécurisation sans évoquer ce qui a animé

¹ Krug, E. G., & Weltgesundheitsorganisation (Éd.). (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève.

leurs créations, manque à mon sens de cohérence. Cette thématique s'inscrit dans une thématique plus large qui est celle de la violence au travail et du burn-out.

Depuis plusieurs années, les uns des journaux, ainsi que des ouvrages font état de ce phénomène de violence à l'hôpital, de ce mal être du personnel qui est à bout de souffle. On peut ainsi voir passer sous nos yeux les titres suivants :

- Hôpitaux : Un acte de violence contre un soignant toutes les 30 minutes en France²
- Violence à l'hôpital : 80 % des victimes font partie du personnel³
- Les hôpitaux français malades de la violence⁴

Si la mission première d'un établissement de santé est de soigner et de venir en aide aux personnes, il n'en reste pas moins que les comportements violents se sont invités dans les services de soins. À l'hôpital, les violences institutionnelles, managériales, physiques, psychiques et sociales se combinent. L'hôpital est un lieu particulier où règne l'angoisse, la douleur, l'incompréhension mais également la pression, le stress, l'impatience, l'ivresse, la colère qui sont autant de facteurs pouvant déclencher des actes de violence allant de la simple incivilité à l'agression physique grave.

Mais ces violences sont-elles plus nombreuses ou sont-elles plus en lumière sur le devant de la scène créant le sentiment d'une insécurité grandissante ? Les différents entretiens semi-directifs que j'ai menés, que ce soit avec du personnel soignant, avec des personnes de l'administration hospitalière ou encore avec des membres des ministères sociaux sur ces thématiques, semblent aller dans le sens d'une violence pas plus importante que par le passé, en termes de volume tout du moins. Cependant, elle est de plus en plus signalée par les agents et la tolérance des personnels envers ce type de comportement a tendance à disparaître. De plus, un changement de nature de la violence a été constatée, si en volume elle reste sensiblement la même selon les ressentis, en revanche elle est d'une gravité plus importante. Des agressions physiques en plus grand nombre ainsi qu'un passage à l'acte plus aisé de la part des auteurs de violence sont à déplorer.

²Hôpitaux : Un acte de violence contre un soignant toutes les 30 minutes en France - *20 minutes*. (2016, septembre 1).

³ Violence à l'hôpital : 80 % des victimes font partie du personnel – *Actu soins actualité infirmière*. (2015, juin 16).

⁴ Les hôpitaux français malades de la violence. (2016, septembre 26). *FIGARO*.

Les questions qui m'ont animée tout au long de ce mémoire ont été celles de savoir à quelles violences doivent faire face les personnes travaillant en milieu hospitalier et quels sont les moyens de défense mis à leur disposition pour résorber ces comportements ?

Il est nécessaire de préciser que la violence étudiée dans ce mémoire est restreinte à la violence envers les personnes et j'ai donc exclu de mon analyse l'atteinte aux biens.

Parler de la violence sans la définir est chose impossible (Partie 1). Mais qu'est-ce-que la violence ? Ce terme si familier et en même temps si difficile d'en énoncer les contours. En réalité c'est un concept qui revêt un trop grand nombre de facettes c'est pourquoi afin de l'appréhender dans son ensemble j'ai confronté les définitions des différents auteurs sur le sujet. D'après l'ensemble de mes lectures j'ai fait le choix de retenir comme définition de la violence : ***tout acte, tout évènement, parole, comportement qui porte atteinte ou risque de porter atteinte, à l'intégrité physique et/ou psychique d'autrui.***

J'ai également décidé de l'analyser sous le prisme de la sociologie et de l'anthropologie afin d'en comprendre les causes et les potentielles origines de ces comportements violents et asociaux.

Une fois cette étape réalisée, j'ai basé la seconde partie de mon développement sur l'état des lieux de la violence à l'hôpital spécifiquement envers le personnel (Partie 2). Cet état des lieux s'appuie sur les données chiffrées au niveau national recensées par l'ONVS et également sur les résultats de mon enquête par questionnaire menée au sein de mon lieu de stage, le Centre Eugène Marquis, CLCC de Rennes. Une centaine de personnes ont répondu à cette enquête. De plus, en parallèle de cette analyse quantitative j'ai réalisé des entretiens semi-directifs afin d'apporter un aspect qualitatif à mon travail de recherche. Ainsi je me suis entretenue avec sept personnes dont quatre personnels soignants, une personne responsable de la sécurité-sûreté d'un CHU, Monsieur le Commissaire divisionnaire délégué pour la sécurité générale à la DGOS et rédacteur du rapport de 2018 sur les violences en milieu de santé et enfin j'ai pu échanger avec le Chef de l'unité "Planification de défense" au sein du service du Haut Fonctionnaire De Défense et de Sécurité (SHFDS) sur les questions relatives à la sécurisation des établissements.

À la suite de cet état des lieux, j'ai consacré la dernière partie de mon mémoire aux mécanismes et mesures développées afin d'enrayer ce phénomène de violence (Partie 3), notamment par le développement d'une culture de sécurité-sûreté à l'hôpital via la création du plan de sécurisation d'établissement (PSE) et l'institutionnalisation de partenariats interministériels.

Partie I. La violence, une notion protéiforme

La violence est un terme polysémique, dont on use et on abuse - surtout aujourd'hui, à l'heure des « politiques sécuritaires ». Ainsi la définir s'avère être une tâche difficile (I). Pour FRAPPAT H.⁵, la difficulté de parvenir à une définition satisfaisante repose sur le fait que **la violence entretient des rapports de proximité avec d'autres concepts et partage des frontières communes**. Par exemple, il suffit de penser aux notions de pouvoir, d'autorité, de puissance ou de force.

Elle correspond avant tout à un domaine de la recherche en sciences humaines en pleine expansion et par ailleurs, son analyse peut-être un des rares vrais lieux de la transdisciplinarité où se croisent inévitablement l'histoire, l'anthropologie, la sociologie, la psychologie, les sciences de l'évolution et les sciences politiques.⁶ Or, dans chacune de ces sphères, la violence occupe une place et des fonctions bien spécifiques. (II)

I. Définir la violence : une objectivation difficile

1. Conceptualisation de la violence

1.1 Les différentes définitions de la violence

La violence fait partie de ces mots dont on pense, tous, connaître la signification : les agressions, les meurtres, la torture, la barbarie, les massacres, la criminalité, l'oppression, le terrorisme, etc. Voilà ce que beaucoup d'entre nous évoqueraient si on leur demandait de définir la violence. Tous ces termes sont des exemples de la violence, certes, mais une fois passé ces premières évidences, définir la violence n'est pas chose aisée.

Cette difficulté est démontrée notamment par le fait que beaucoup d'auteurs tels que SOREL G. ou encore ARENDT H. ont consacré des livres entiers à la violence sans jamais la définir. En effet, la violence est un concept difficile à définir tant elle peut prendre de forme. Elle se définit par ce que chacun en a à dire et la difficulté réside dans la formalisation objective de sa définition.

⁵ FRAPPAT H. (2000) *La Violence*, Paris, Flammarion, coll. « Corpus ».

⁶ MEYRAN R. (2006). Les mécanismes de la violence : États, institutions, individu. Éd. "Sciences humaines", p. 277-279.

MICHAUD Y, dans son ouvrage intitulé “la violence”, nous en donne une définition technique mais qui semble contenir l’ensemble des dimensions de ce concept :

“il y a violence quand, dans une situation d’interaction, un ou plusieurs acteurs agissent de manière directe ou indirecte, massée ou distribuée, en portant atteinte à un ou plusieurs autres à des degrés variables, soit dans leur intégrité physique, soit dans leur intégrité morale, soit dans leurs possessions, soit dans leurs participations symboliques et culturelles.”⁷

Ici, la définition intègre des informations sur le déroulement de l’acte violence (direct/indirect - massé/distribué) ainsi que sur les différentes conséquences qui pourraient en résulter. En revanche il n’est pas mentionné la recherche par l’auteur des faits de la satisfaction d’un objectif.

Le mot “violence” est issu du latin *violare*, lequel signifie porter atteinte, attaquer, transgresser, profaner, déshonorer. Si l’on compile les définitions données par divers auteurs et dictionnaires la violence serait :

- a. le fait d’agir sur quelqu’un ou de le faire agir contre sa volonté en employant la force ou l’intimidation⁸,
- b. caractère de ce qui se manifeste, se produit ou produit ses effets avec une force intense, brutale et souvent destructrice / Contrainte, physique ou morale, exercée sur une personne en vue de l’inciter à réaliser un acte déterminé⁹,
- c. un acte de violence recouvre tout évènement, agression, parole, comportement blessant qui porte atteinte¹⁰ :
 - à l’intégrité physique et/ou psychique des personnels,
 - aux biens des personnels et/ou au bon fonctionnement des services.
- d. une disposition naturelle à l’expression brutale des sentiments,
- e. la violence est l’ensemble des techniques dont un individu dispose pour soumettre les autres et réaliser ses buts¹¹.

⁷MICHAUD Y. (1986) *La Violence*, PUF, coll. « Que sais-je ? ».

⁸ MICHAUD Y. (2012). *La Violence* (Vol. 7e éd.). Presses Universitaires de France, coll. « Que sais-je ? ».

⁹ Larousse, É. (s. d.). Définitions : violence - Dictionnaire de français Larousse.

¹⁰ Définition de l’observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS).

¹¹ ARENDT H. (1972), *Sur la violence*, dans *Du mensonge à la violence*, trad. G. Durand, Paris, Calmann-Lévy.

Selon ces différentes définitions, la violence est tantôt définie par ses conséquences, tantôt par le but qu'elle vise.

Quant à elle, l'**organisation mondiale de la santé** définit la violence comme¹² :

“La menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mal développement ou des privations.”

L'inclusion du terme “pouvoir” par l'OMS dans sa définition de la violence témoigne que celle-ci n'est pas uniquement la résultante de l'utilisation de la force physique mais qu'elle englobe également les actes qui résultent d'une relation de pouvoir en y comprenant les menaces et l'intimidation. Les conséquences dommageables comprennent également les dommages psychologiques et la mention “ou risque fortement d'entraîner” induit donc qu'un acte peut être qualifié de violent quand bien même aucun dommage sur la personne n'aurait été constaté. Cela traduit la volonté d'inclure les violences qui n'entraînent pas obligatoirement des traumatismes mais qui n'en représentent pas moins un poids important pour l'ensemble des populations et sociétés du monde entier.

D'autant plus que la violence subie par une personne peut ne pas être immédiatement ressentie comme telle par la personne victime. Ainsi les violences peuvent s'inscrire dans le temps avant que l'individu prenne conscience qu'il subit des violences, tel est le cas des violences exercées envers des enfants par exemple, ces derniers n'ont pas forcément conscience qu'il s'agit d'actes qu'ils ne devraient pas subir. Ou encore les violences psychologiques dont les conséquences peuvent être latentes et apparaître plusieurs années après les faits.

La violence peut prendre autant de définitions qu'il y a d'individu pour la définir. Lors des entretiens semi directif que j'ai réalisés, la première question posée à mes interrogés était de savoir pour eux ce qu'est la violence. De prime abord, tous m'ont exprimé leur difficulté à répondre à cette question puis après réflexions ils ont réussi à formuler une réponse.

“C'est un acte physique, psychique, moral qui atteint la personne victime par le fait d'un acte d'une personne en position de force.” *interne en médecine*

¹²KRUG E. ; DAHLBERG L. ; et al. Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève : OMS. 2002.

“C’est une agression, une atteinte à la dignité de la personne. Un sentiment de soumission.”,
infirmière

“La violence est une atteinte à la sécurité propre, personnelle, qu’elle soit d’ordre physique, moral ou psychique.” *interne en médecine*

Ainsi, comme le dit MICHAUD Y : “le terme *violence* désigne d’un côté, des faits et des actions, ce que nous appelons couramment des “violences”, d’un autre une manière d’être de la force, du sentiment (...) Dans le premier cas, la violence s’oppose à la paix ou à l’ordre. Dans l’autre, elle s’oppose à la mesure.”¹³

Dans le cadre de mon analyse, la définition retenue est la suivante :

La violence est tout acte, tout évènement, parole, comportement qui porte atteinte ou risque de porter atteinte, à l’intégrité physique et/ou psychique d’autrui.

Par l’expression “ou risque de porter atteinte”, j’exclus la nécessité d’un résultat dommageable de l’acte violent car j’estime qu’une menace proférée envers un individu reste un acte violent quand bien même celle-ci n’aurait entraîné aucun dommage psychologique ou physique à la personne victime. Cette définition retenue est donc différente de la définition pénale en ce sens qu’un dommage pour la personne doit nécessairement être constaté.

1.2 Le caractère subjectif de la violence : le rapport à la norme

La violence est matière à interprétation. Ce qui est violent pour un individu ne l’est pas nécessairement pour l’autre, ce qui est inacceptable dans une société ou dans un groupe ne l’est pas obligatoirement pour les autres. Il s’agit donc d’un phénomène socialement construit. En effet, ce qui est considéré comme relevant de la définition de la violence diffère d’un instant T à un autre, d’un individu à l’autre, ainsi que d’un lieu à un autre. Effectivement, les comportements sont qualifiés de “violent” par rapport à une norme. Or les normes évoluent au fil du temps, ce qui est considéré comme un acte de violence aujourd’hui ne l’était pas forcément hier et ne le sera pas forcément demain. De même que ce qui est la norme dans notre société ne l’est pas forcément dans d’autres sociétés du globe. **La norme obéit à des variations historiques et culturelles.**

Pour exemple, si la torture comme châtiment était la norme dans notre pays plusieurs siècles auparavant, ce n’est plus vrai aujourd’hui. Également si l’excision des jeunes femmes pratiquée sur

¹³MICHAUD Y. (2012). *La Violence* (Vol. 7e éd.). Presses Universitaires de France, coll. « Que sais-je ? ».

le continent africain, peut être perçue comme de la violence par notre culture, il n'en est rien dans certains de ces pays où cela s'inscrit dans une coutume ancestrale.

Il est ainsi difficile de mener des études comparatives sur les niveaux de violence entre les sociétés ou d'époque à époque.

En réalité, l'objectivité du concept diffère selon l'angle choisi pour appréhender la violence (biologique, juridique, psychologique, social etc.) ou la théorie empruntée (psychanalyse, théorie de la frustration-agression (voir infra)). Selon l'approche d'analyse choisie la composante subjective apparaîtra de manière plus ou moins importante dans la conceptualisation de la violence. Dans l'approche juridique, la règle est à l'objectivation des concepts alors que dans l'étude psychologique la subjectivité à une place centrale. Mais en définitive les approches objectives de la violence sont très limitées face à l'absence de composante normative figée.

Comme le démontre la multitude de définitions proposées pour le terme "violence", il n'est pas simple de l'appréhender. L'adoption d'une définition s'avère essentielle afin de bien cerner les limites du phénomène lors d'une étude et bien cerner le cadre théorique au sein duquel on tente de l'expliquer. Toutefois cette absence de définition unique peut être analysée comme une bonne chose. En effet, l'élaboration d'une définition unique a pour conséquence de délimiter, voire donc parfois de "limiter", non seulement le phénomène lui-même mais également les frontières que celui-ci partage avec d'autres construits.

Ainsi, il n'est pas rare qu'en sciences juridiques, certains concepts ne soient pas définis de manière exhaustive par le législateur afin que les juges puissent en faire l'appréciation par rapport aux situations particulières dans lesquels ils sont consultés.

Mais si le concept de violence est difficile à définir, il peut néanmoins être classifié.

2. La classification de la violence

2.1 La typologie proposée par l'OMS

Dans son rapport sur la violence, l'OMS divise la violence en 3 types. Cette division est établie en fonction des caractéristiques de l'auteur des violences. Ainsi la typologie proposée par l'OMS est la suivante :

- la violence auto-infligée ;
- la violence interpersonnelle ou dirigée contre autrui ;
- la violence collective.

Cette typologie n'est pas la seule existante et peut être critiquée par certains auteurs mais elle offre tout de même un cadre de référence pour comprendre les schémas de violence complexes.

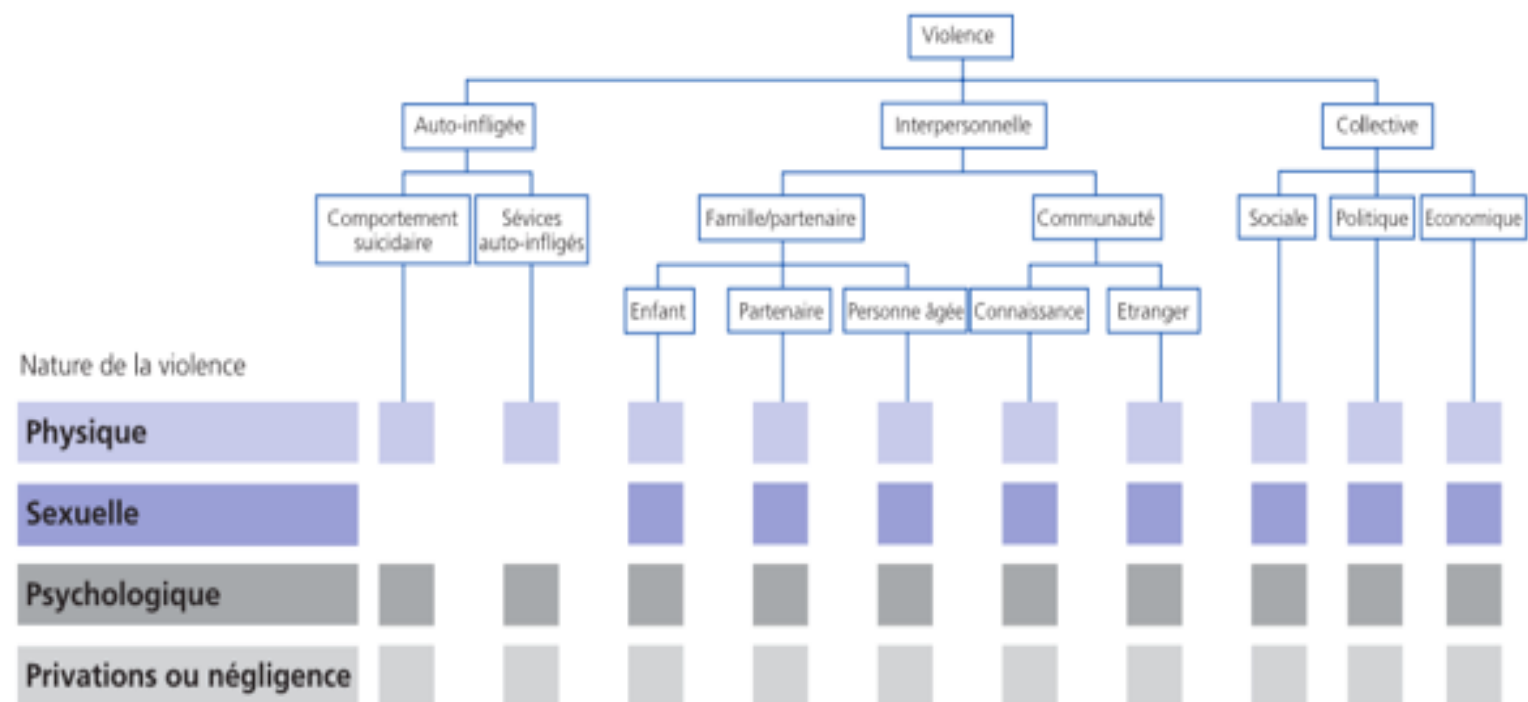
La **violence auto-infligée** correspond à celle qu'un individu exerce contre lui-même telle que l'automutilation ou encore les comportements suicidaires. Comme l'affirme DEMICHEL F, professeur émérite de droit public à l'Université de Paris VIII, « on n'a pas un corps, on est un corps ». Ainsi en droit notre corps ne nous appartient pas en tant que tel. De ce fait l'atteinte à l'intégrité corporelle prohibée par le Code civil en son article 16-3 (bien que deux exceptions à ce principe existent : en cas de nécessité médicale pour la personne ou dans certains cas d'intérêt thérapeutique d'autrui), conduit à qualifier certains actes comme - violent - quand bien même ces derniers seraient exercés par la personne elle-même contre elle.

La **violence interpersonnelle** correspond, d'une part à la **violence familiale** c'est-à-dire entre membres d'une même famille ou entre partenaires intimes et, d'autre part à la **violence dite communautaire** c'est-à-dire entre personnes qui ne sont pas apparentées.

Dans le cadre de cette étude, la violence envers le personnel hospitalier s'inscrit dans cette catégorie dite de **violence communautaire**. En effet celle-ci comprend la violence des jeunes, les agressions de rue mais aussi la violence se produisant en milieu institutionnel tels que dans les écoles, en milieu de travail, en prison, en établissements médico-sociaux etc.

Enfin la **violence collective** comprend la violence économique, sociale et politique. Ceci correspond à la violence commise par des groupes de personnes ou des États afin d'obtenir des objectifs sociaux particuliers tel est le cas des actes terroristes, des guerres, les violences commises par les foules etc.

Typologie de la violence



Source : Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève. Krug, E. G., & Al (Éd.). (2002).

2.2 Le concept de “violence au travail” :

Dans le champ d'étude de ce mémoire, la violence présente peut être qualifiée de violence au travail puisqu'il a pour objectif de faire état de la violence à l'hôpital subi par le personnel hospitalier. La violence au travail s'inscrit dans la typologie de l'OMS dans la « violence communautaire ». Il est toutefois nécessaire d'opérer une précision sémantique s'agissant de l'expression “violence au travail”. L'emploi d'une terminologie variée pour parler de ce phénomène constitue un des constats majeurs issu de la revue de littérature. Ce n'est que depuis récemment que les connaissances relatives au champ de la violence au travail se développent, l'information sur ce domaine est aujourd'hui beaucoup plus abondante qu'auparavant. Toutefois on n'y trouve encore, du fait d'une explosion rapide de l'attention des chercheurs, une certaine anarchie, tout du moins une absence de consensus.

En effet, il n'y a pas d'accord de principe sur ce qu'englobe cette notion : est-ce la seule violence interne à l'organisation dans lequel l'individu victime travaille ou comprend-t-elle également la violence externe c'est-à-dire celle produite par les personnes qui ne font pas partie de l'organisation du travail (patients, clients, prestataires etc.).

En réalité, la violence au travail concerne aussi bien la violence dite "externe" à l'organisation et la violence interne. Cependant, dans l'esprit commun l'expression "violence au travail" renvoie bien souvent qu'à la seule violence interne c'est-à-dire à la violence organisationnelle.

Si le personnel hospitalier, sujet de cette étude, peut subir des violences dites organisationnelles, la violence dite "externe" est présente, et est sans doute celle qui est la plus visible, sur le plan médiatique tout du moins, dans les établissements de santé.

2.3 La nature des actes violents

La figure ci-dessus montre qui est affecté et en quoi ces personnes sont affectées. La violence est souvent assimilée qu'à la seule violence physique or la violence n'est pas toujours aussi évidente. Elle peut être insidieuse comme le suggère la notion de « harcèlement moral » ou de « violence psychologique » qui est beaucoup plus difficile à prouver et également dont il est parfois plus difficile de parler. Comme me le fait remarquer un interne en médecine :

"Il y a une violence psychologique chez les internes, quand il y a une violence psy il faut aller voir la médecine du travail et c'est compliqué de demander à des soignants d'aller voir d'autres soignants. Le tabou il est surtout là."

Ainsi la violence peut être :

- physique
- psychologique
- verbale
- sexuelle
- le fait de comportements de privations et négligence

Tout d'abord, **la violence physique** arrive lorsque la décharge est produite par le corps, dans le but de blesser l'autre personne, de la contrôler, de créer un climat de peur ou dans le but de se faire mal à soi-même. La violence physique **peut être utilisée sur une autre personne directement, sur un objet, sur un animal ou sur nous-même. Si l'action violente est physique, les conséquences dommageables peuvent être quant à elles, physiques et morales.** Elle est certainement la forme de violence la plus visible et qui génère les conséquences les plus évidentes. Pour SOFSKY¹⁴, il s'agit

¹⁴ SOFSKY W, (1996) *Traité de la violence*, Paris, Gallimard, *Texte allemand original : SOFSKY W, Traktat über die Gewalt, Frankfurt am Main, S. Fischer.*

de la plus intense preuve de pouvoir car elle atteint la victime directement au centre de son existence, dans son corps.

La **violence verbale** consiste à créer un climat de peur et d'insécurité chez la personne qui subit la violence. Elle prend souvent la forme de menaces, d'injures, d'insultes et/ou de cris. Elle vise à contrôler l'autre par le biais de la parole.

La **violence psychologique** vise à réduire la confiance personnelle ou encore l'estime de soi de la personne victime. Ainsi peut être qualifiée de violence psychologique, le fait de rabaisser quelqu'un, l'isoler, l'humilier, l'intimider etc. Les auteurs se réfèrent à cette violence en utilisant parfois différents concepts tels que le harcèlement psychologique, l'intimidation, le harcèlement moral, l'abus de pouvoir etc. Elle est essentiellement définie comme un comportement spécifique intentionnel qui s'exprime à travers différents canaux de communication (verbal, gestuel, regard etc.) de façon active ou passive, directe ou indirecte dans le but explicite d'atteindre (ou risque d'atteindre) une personne et de la blesser sur le plan émotionnel. Cette forme de violence est particulièrement difficile à quantifier étant donné son caractère sournois et insidieux.

La **violence sexuelle** se rapporte généralement aux agressions sexuelles. Ces dernières sont des gestes à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, commis par un individu sans le consentement de la personne visée. Dans certains cas, l'agression peut survenir par manipulation affective ou par chantage. Il s'agit d'un acte visant à assujettir une autre personne à ses propres désirs par un abus de pouvoir, par l'utilisation de la force ou de la contrainte, ou sous la menace implicite ou explicite. Une agression sexuelle porte atteinte aux droits fondamentaux, notamment à l'intégrité physique et psychologique ainsi qu'à la sécurité de la personne.

Les **comportements de privation et de négligence** sont également des actes de violence s'ils s'inscrivent dans un processus de maltraitance.

3. Le cadre réglementaire de la violence

Il ne faudrait pas s'y méprendre, si certains actes peuvent être qualifiés de « *violent* », cela n'est pas systématiquement le fait d'un comportement répréhensible pénalement. Plusieurs éléments entrent en compte dans la qualification juridique des faits. Certains seront sanctionnés pénalement et d'autres ne le seront pas. La violence auto-infligée par exemple aucune sanction existe pour la personne qui porte atteinte à son intégrité corporelle de son propre fait (voir supra).

Parallèlement au droit pénal, la violence est également évoquée dans des dispositions spécifiques présentes dans d'autres codes juridiques : le code du travail, le code de santé publique etc. Si l'on

prend l'exemple du droit du travail, la violence est évoquée lorsque l'on parle de l'obligation de l'employeur de protéger ses salariés et inversement lorsque l'on parle des obligations des salariés. Il y a également l'application de règlement intérieur régissant les règles internes à l'organisation et qui peut prévoir des sanctions en cas de violence. Par exemple, un salarié ayant eu un comportement violent envers un collègue pourra avoir pour sanction la mise à pied.

S'agissant du droit pénal, il a pour finalité de punir l'auteur de comportements déviants, parallèlement les juridictions civiles ont pour objectif de réparer de façon pécuniaire le préjudice subi. L'infraction de violences volontaires est une des infractions les plus représentées devant les tribunaux. Des multitudes d'exemples tirés de faits divers peuvent appuyer ce propos : bagarre en sortie de discothèque, altercations aux urgences, conflits entre automobilistes etc.

Bien qu'elle soit la plus représentée, du fait de sa complexité elle reste mal connue. Ainsi que risque une personne qui porte un coup à autrui ? Ce qui est sanctionné c'est l'acte d'hostilité au pacte social. Cependant toutes les violences ne se valent pas et certaines doivent être sanctionnées plus sévèrement que d'autres.

3.1 Les règles d'application du droit pénal aux actes de violences

En droit pénal, une infraction est caractérisée si trois éléments sont présents :

- **L'élément légal** : il doit nécessairement exister un texte de loi. Ce qui renvoie à ce qui a été dit précédemment (voir supra) sur la qualification des faits de violence qui suit en réalité l'évolution des normes. Les actes de violences volontaires sont encadrés par les **articles 222-7 et suivants du Code pénal**.
- **L'élément matériel** : il correspond à l'élément tangible permettant de donner corps à la caractérisation d'une infraction. C'est la partie visible, extériorisée de l'infraction. Il se manifeste par la réalisation concrète des faits incriminés. Les violences volontaires constituent une infraction matérielle, donc le juge doit caractériser l'atteinte à l'intégrité physique ou psychique de la victime, même pour le délit de violences volontaires n'ayant pas entraîné d'incapacité totale de travail. Ainsi doit être réuni : des violences, un dommage résultant de ces violences et un lien de causalité entre les violences et le dommage (résultat).
- **L'élément intentionnel** : cela correspond à la volonté de l'auteur de commettre un acte répréhensible qu'il sait interdit.

Afin que le législateur puisse traiter la diversité des cas, identifier les faits et incriminer, il est nécessaire d'avoir des définitions précises. Or comme nous l'avons vu précédemment définir la

violence n'est pas chose simple. C'est pourquoi la majorité des atteintes à la personne humaine sont appréhendés sous des catégories permettant de distinguer les formes de violence, la gravité des faits et leurs conséquences.

La sanction pénale des violences suppose la réunion des conditions cumulatives suivantes :

- la victime doit être une tierce personne, humaine et vivante au moment des faits
- la réalisation d'un acte positif c'est-à-dire : des coups portés à la victime, des menaces etc.
- l'existence d'un lien de causalité entre l'acte et le préjudice de la victime
- l'intention de nuire, peu importe les motivations de la violence.

3.2 Les sanctions applicables aux faits de violences

Les sanctions applicables dépendent ensuite du dommage. En fonction du dommage causé les violences commises peuvent relever soit de la qualification pénale de simple contravention, soit du délit ou enfin du crime. Le dommage est évalué en fonction de l'importance de l'incapacité totale de travail (ITT). L'ITT est une notion pénale qui permet de qualifier la gravité de l'infraction. Elle 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). L'évaluation de l'ITT s'applique à toutes les fonctions de la victime, c'est-à-dire aux troubles physiques mais aussi psychiques.

a. Les violences contraventionnelles

Ce sont celles qualifiées de violence légère car le niveau de gravité est considéré par le Code pénal comme le plus faible en raison du fait qu'elles ont entraîné soit aucune ITT ou alors une ITT inférieur ou égale à 8 jours.

Dans le premier cas, en l'absence d'ITT, les auteurs de telles violences encourrent une amende de 750 euros ainsi que des peines complémentaires telles que la suspension du permis de conduire, la confiscation de la chose qui a servi ou était destinée à commettre l'infraction etc. Dans le second cas, en cas de provocation d'une ITT, l'amende est portée entre 1 500 et 3 000 euros d'amende assorti de peines complémentaires ou un travail d'intérêt général.

b. Les violences délictuelles

Ces violences relèvent de la compétence du tribunal correctionnel et sont celles dont le niveau de gravité est sérieux soit en raison du niveau d'ITT qu'elles ont entraîné pour la victime, soit du fait qu'elles ont été accompagnées d'une ou plusieurs des circonstances aggravantes prévues par le Code pénal.

Les violences ayant causé à la victime une ITT supérieur à 8 jours sont automatiquement considérées comme des violences délictuelles. Dans ce cas la peine encourue est de trois ans d'emprisonnement et 45 000 euros d'amende¹⁵.

Pour celles ayant entraîné une absence d'ITT ou une ITT inférieur à 8 jours, elles peuvent devenir délictuelles si elles sont accompagnées de circonstances aggravantes listées par le Code pénal, comme par exemple, si les violences sont réalisées, en rapport avec le champ d'analyse de ce mémoire, 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*. Dans ce cas la peine encourue est de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende¹⁶

Enfin, les violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente sans circonstances aggravantes sont punies de dix ans d'emprisonnement et de 150 000 euros d'amende.¹⁷

c. Les violences criminelles

Ces violences relèvent de la Cour d'assises, elles sont les plus graves prévues par le Code pénal. Il s'agit soit de violences ayant entraîné une mutilation ou infirmité permanente avec une circonstance aggravante ou de violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner. Ces violences sont susceptibles d'être aggravées lorsqu'elles sont constitutives d'actes de torture ou de barbarie.

Les peines encourues sont de 15 ans de réclusion criminelle et de 20 ans de réclusion criminelle en cas de violences aggravées.¹⁸

L'évolution du droit pénal a été dans le sens d'une plus grande sensibilité aux phénomènes de violences démontré par l'élargissement de l'incrimination. Ainsi à côté des « coups » proprement dits, se sont ajoutées des notions de violence plus insidieuses et de voies de fait, qui correspondent par exemple aux menaces ou encore les violences psychologiques.

¹⁵ Article 222-11 du Code pénal.

¹⁶ Article 222-12 du Code pénal.

¹⁷ Article 222-9 du Code pénal.

¹⁸ Article 222-7 ; 222-8 et 222-10 du Code pénal.

II. Analyser la violence sous le prisme de courants différents

1. Le courant anthropologique

L'anthropologie de la violence n'est pas une science mais un ensemble d'approches de l'humain. Elle recouvre des démarches diverses pour étudier l'agressivité et l'agression. Comme le terme "violence" implique des jugements de valeur et a une signification variable selon les normes de références utilisées comme dit précédemment (voir I.1), il sera remplacé en anthropologie par ceux « d'agressivité », « d'agression ».

Alors qu'il n'y a que peu de définitions consensuelles du terme *violence*, il n'en est rien pour le terme – *agression* – qui prend ses sources plus particulièrement dans la littérature psychologique. Il faut souligner que les termes *agression* et *violence* ont en français une signification différente qu'en anglais. Dans la langue de Shakespeare, *violence* a une connotation plus légale ou criminelle dans le sens d'acte quantifiable alors que – *agression* – est davantage utilisé au sens large¹⁹. Or, dans la langue de Molière, c'est l'inverse qui est observé : *violence* a un sens plus large alors qu'*agression* a un sens plus "légal" ou technique. La violence, en français, englobe l'agression alors que ce serait plutôt le contraire en anglais.

1.1 L'agressivité : entre instinct naturel et résultat de la culture.

"la sécurité de la vie se paie de la répression des instincts". Freud

La notion d'agressivité désigne la tendance à attaquer autrui, ou tout objet susceptible de faire obstacle à une satisfaction immédiate. La question, largement spéculative, de savoir si l'agressivité est un instinct qui se déclenche éventuellement à vide (LORENZ), ou un sous-instinct au service d'autres comme la faim (TINBERGEN), reste ouverte.

La réponse ne peut être ni blanche, ni noire. L'agressivité semble pouvoir être déclenchée comme réponse à la non satisfaction d'un instinct primaire, tel est le cas des comportements agressifs observés en cas de faim. Cette observation peut être faite en laissant un lion sans nourriture pendant plusieurs jours et en tentant ensuite d'entrer dans son enclos, ou encore en cas de peur, la réaction courante peut être un acte de violence comme lorsqu'on frappe quelqu'un qui nous a

¹⁹ "workplace aggression - a general term encompassing all forms of behavior by which individuals attempts to harm others at work or their organizations, and workplace violence, which refers only to instances involving direct physical assaults. This distinction is consistent with the usage of their terms « aggression » and « violence » on extant literature on human aggression. » (BARON et NEUMAN, 1998).

surpris. Mais elle semble aussi pouvoir être déclenchée indépendamment d'un principe supérieur qui la commanderait.

Si l'on peut rapprocher l'homme de l'animal sur certains points, quand il s'agit d'analyser l'agressivité l'homme se différencie par sa spécificité. De par le développement des milieux de vie humains et des techniques ainsi que la formation de grands groupes, cet instinct devient plus ravageur qu'il ne l'était auparavant. Les armes et l'inventivité humaines démultiplient les ravages de l'agressivité. L'homme est devenu, au fil des siècles, un animal technicien et conquérant. Selon FROMM E., psychologue, l'agressivité humaine aurait pris son caractère vraiment destructeur et négatif avec la révolution du Néolithique (9 000 à 7 000 avant J-C), quand les hommes sont passés de la cueillette et de la chasse à l'exploitation de la nature et lorsqu'avec l'invention du travail des métaux, se serait créée une hiérarchie sociale entre guerriers et agriculteurs. Ainsi, l'homme n'évolue plus dans un environnement naturel mais dans un environnement culturel, la culture serait venue compléter les instincts mais elle les rendrait inutiles et dangereux.²⁰

Toute la difficulté réside dans l'évaluation de la place des comportements sociaux et de la culture. En effet, comme le questionne MICHAUD Y, « ***les comportements sociaux viennent-ils compléter la nature en la déséquilibrant ou bien l'homme est-il par nature un animal social et culturel dont les instincts sont remplacés par des artifices ?*** »

Plusieurs théories peuvent s'affronter, mais l'évolution des hommes semble démontrer que devant l'évidence de l'inventivité humaine, le mythe d'une nature animale qui serait mise en péril par la culture semble devoir être abandonné. L'homme est un animal dont la "dénaturation" est l'essence même. Les autres espèces ne sont ni pacifiques ni cruels mais seulement naturelles. L'humanité complique, invente, ajoute. Ainsi l'agressivité comme instinct naturel semble perdre tout son sens quand le sujet de l'étude est l'homme. Elle devient plutôt la résultante des actions sociétales qui façonnent l'homme et lui crée des besoins. Cela conduit, certains, à des comportements violents pour obtenir satisfaction de leurs besoins, qui peuvent être, certes des besoins naturels dans certains cas, mais aussi des besoins artificiels créés par la société dans laquelle ils évoluent.

1.2 La psychologie de l'agressivité

La privation de mouvement, de nourriture ou la colère sont des déclencheurs de l'agressivité. Mais également l'hyperstimulation et les excitations trop fortes ainsi que les facteurs de stress sont sources d'irritabilité et d'agressivité. De plus, des études cliniques soulignent que l'exposition à des

²⁰ L'opposition entre nature et culture est complexe, plusieurs sens étant donné à chacun de ces termes. Disons que la culture désigne l'ensemble des comportements acquis par l'apprentissage. Alors que la nature est ce qui est donné par la naissance : ce qui est inné, c'est-à-dire ce qui se manifeste spontanément en un être à mesure qu'il croît.

facteurs traumatiques conduit à la formation de personnalités agressives. Il faut se référer notamment aux travaux de DICKS qui a étudié la personnalité de nombreux criminels de guerre après la fin de la Seconde Guerre Mondiale et aux travaux également de FROMM et de BETTELHEIM concernant la victimisation et la résistance psychologique à l'agression.

S'agissant des privations, celles-ci entraînent des frustrations. La thèse de DOLLARD J., appelée **théorie de la frustration-agression**, est que la réaction première et caractéristique à la frustration est l'agression. Celle-ci varie en fonction du degré de frustration et du nombre de frustration auquel l'individu doit faire face. L'agression se tourne directement contre la source de la frustration. Il explique que la frustration cause l'agression, mais lorsque la source de cette frustration ne peut être réglée, l'agression s'abat sur une autre cible. Par exemple, lorsqu'un employé n'est pas respecté ou humilié à son lieu de travail, mais qu'il ne peut réagir de peur de perdre son travail, celui-ci, en rentrant de son travail, extériorise sa colère et sa frustration sur sa famille.

Cette théorie est également utilisée pour expliquer les émeutes et les révolutions, ces dernières étant causées par une catégorie d'individus défavorisés exprimant leur frustration à travers la colère et la violence.

Concernant les relations entre stress et agressivité, ces dernières s'établissent de deux manières. Il y a en premier lieu une agressivité liée aux situations de stress elles-mêmes : telle l'irritabilité diffuse des personnes malades, fatiguées, ou des enfants en début de maladie. Ce qui explique une tendance à la violence en milieu hospitalier. En effet, l'énergie de l'organisme attaqué cherche à se tourner contre une cible et la première venue sera la bonne.

D'autre part, l'agressivité constitue elle-même un élément déclenchant des syndromes d'adaptation et une forme de stress : certaines colères ont une influence sur les troubles cardiaques par exemple, en particulier les colères que l'on s'efforce de dominer. Ainsi stress et agressivité agissent l'un sur l'autre.

La psychologie sociale étudie l'agressivité et la violence au sein des interactions. Aucune approche ne peut faire abstraction du fait qu'agression et violence font s'affronter des agresseurs et des victimes dont les comportements se conditionnent mutuellement. Certaines expériences se sont concentrées sur la dimension sociale des phénomènes et les facteurs tenant au groupe ou à l'autorité. Plusieurs expériences ont été menées et parmi les plus connues, il y a les fameuses

expériences de ZIMBARBO P. menées en 1972, plus connue sous le nom d'expérimentation de Stanford²¹, ou encore les expériences de MILGRAM S. menées dans les années 60²².

Ces expériences ont démontré que les traits de personnalité ne sont pas seuls à compter dans la manifestation de l'agressivité mais que l'environnement social de l'individu joue son rôle. Également l'expérience de MILGRAM cherchait à évaluer le degré d'obéissance d'un individu devant une autorité qu'il juge légitime et à analyser le processus de soumission à l'autorité, notamment quand elle induit des actions qui posent des problèmes de conscience au sujet.

Ces observations sont également très bien représentées dans le film allemand "La vague" de Dennis GANSEL.

2. La violence vue par les sociologues

Il y a plusieurs sortes d'interprétation sociologique de la violence. Certains travaux empiriques (sur les prisons comme l'a fait Michel FOUCAULT, sur les gangs de rue, les banlieues, les relations politiques etc.) ont des visées pratiques et idéologiques. Ces travaux empiriques ont pour objectif de proposer des mesures répondant à un problème social.

A côté de cela d'autres travaux sont plus théoriques et relèvent de la théorie sociale voire d'une approche philosophique de la violence.

Ainsi trois approches sociologiques peuvent être étudiées :

- L'approche empirique
- L'approche fonctionnaliste
- L'approche systémique.

²¹ L'expérience de Stanford est une étude de psychologie sociale expérimentale initiée par Philip ZIMBARDO en 1972 sur les effets de la situation carcérale. Elle fut réalisée sous forme de jeu de rôle dans lequel des étudiants avaient été scindés en deux groupes : les uns jouaient le rôle de prisonnier et les autres celui de gardien. Elle a eu pour effet de montrer que c'est la situation plutôt que la personnalité des participants qui est à l'origine de comportements parfois à l'opposé de leurs propres valeurs.

²² Cette expérience a été très controversée de par la "perversité" des moyens employés. En effet, l'étude consistait à mesurer le degré d'obéissance d'une personne à un ordre contraire à la morale qui était l'application de traitements cruels à des tiers. Le sujet (A) sous les ordres de l'expérimentateur devait infliger des chocs électriques à un autre participant (B) qui était en réalité un acteur. Les décharges électriques étaient en réalité factices mais le sujet A ne le savait pas.

2.1 L'approche empirique

L'approche empirique correspond en sociologie à celle qui part d'observations de terrain permettant d'apprécier l'influence et les interrelations entre divers facteurs qui peuvent être associés à la survenance des phénomènes étudiés. Dans le domaine de la violence ces études, principalement statistiques, se sont surtout déroulées dans les années 60-70 à la suite de la "découverte" de la violence politique et urbaine.

Historiquement portées par **GURR T. et GRAHAM H.**, lors de leurs travaux pour la commission nationale américaine sur les causes et la prévention de la violence (GURR ET GRAHAM, 1969), les analyses sur la violence se sont développées en continuité des travaux menés sur les origines de la contestation sociale. La violence a été d'abord lue comme une agression issue d'une exacerbation de la frustration des acteurs sociaux.

GRAHAM H. et GURR T. définissent la violence comme *"un comportement visant à causer des blessures aux personnes ou des dommages aux biens"* au sens étroit du terme. Ils ajoutent que *"collectivement ou individuellement, nous pouvons considérer tels actes de violences comme bons, mauvais ou ni l'un ni l'autre selon qui commence contre qui"*. Ces sociologues prennent en compte dans leur définition de la violence, le jugement moral que peut porter chaque individu aux actes violents.

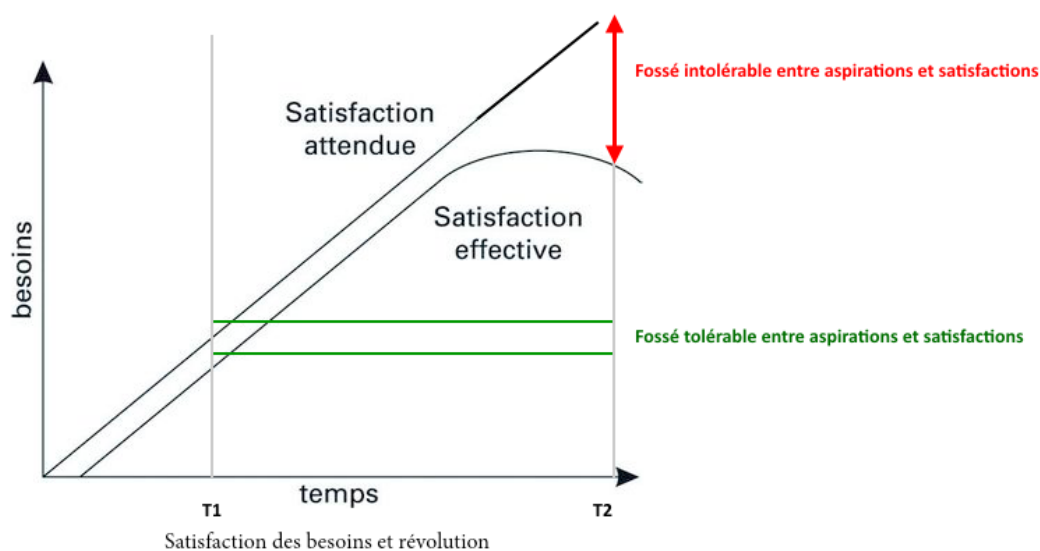
Sur la base de corrélations établies entre plusieurs variables, GURR T.²³ a démontré que le volume de la violence varie proportionnellement à l'intensité de ce qu'il nomme la *privation relative*. La privation relative étant l'écart entre les aspirations des individus et leurs réussites et gains effectifs. Ainsi, il explique que :

"Plus la différence entre nos attentes et nos capacités est grande, plus notre mécontentement est grand. Plus l'importance que nous attachons aux valeurs affectées est grande et moins les autres satisfactions doivent être retombées, plus notre mécontentement est grand. Si nous avons plusieurs moyens de satisfaire nos attentes, nous risquons de différer le mécontentement à l'égard de nos échecs. Si nous avons peu d'alternatives, nous risquons de ressentir la colère, du désespoir."

On est proche ici de la notion psychologique de frustration notamment étudiée par DOLLARD J. (voir supra 1.2). Lorsque l'écart entre ce qu'on espère et ce qu'on obtient traduit un degré élevé de *privation relative* la violence apparaîtrait comme une réponse possible de l'acteur social.

²³GURR T., « *Why Men Rebel* », Princeton (N. J.), Princeton University Press, 1970.

Pour sa part, DAVIES J.C., sociologue américain, propose la théorie de la révolution²⁴ inspirée de MARX et de DE TOCQUEVILLE mais aussi inspirée de la théorie de la frustration-agression de DOLLARD J. DAVIES élargit la théorie de la frustration-agression à l'ensemble de la société, tout en déplaçant la problématique de la violence vers celle de la contestation révolutionnaire. Il reprend les analyses d'Alexis DE TOCQUEVILLE²⁵ qui précisait que les risques de contestation sociale sont d'autant plus grands pour un gouvernement que celui-ci engage des réformes, démultipliant ainsi les aspirations de sa population. Il oppose cette frustration relative à une frustration absolue, reprise de MARX, pour montrer que la contestation trouve son origine dans l'écart perçu comme intolérable entre les attentes d'une population et les gratifications effectives reçues. Ainsi pour représenter sa pensée, il élabore la courbe en J. Selon lui, les révolutions se produiraient quand après une période prolongée de développement économique et social, se produit une courte période de crise et de régression.



Courbe en J, DAVIES J.C.

²⁴ DAVIES J. C., 1962, « Toward a theory of Revolution », *American Sociological Review*, vol. 27, n° 1, février, p. 5-19.

²⁵ DE TOCQUEVILLE A., 1856, *L'Ancien Régime et la Révolution*, Paris, Gallimard (1952).

2.2 L'approche fonctionnaliste

L'approche sociologique fonctionnaliste étudie la violence sous l'angle des fonctions qu'elle remplit dans le système social.

Ces fonctions sont nombreuses et ont été démontrées par les recherches de Lewis A. COSER, sociologue américain d'origine allemande²⁶ :

- le renouvellement de l'identité d'un groupe ;
- l'intégration à l'intérieur du groupe ;
- l'élaboration de valeurs nouvelles ;
- la résolution des tensions ;
- la création de nouveaux équilibres ;
- la création et l'amélioration du fonctionnement des soupapes de sécurité.

Selon l'approche fonctionnaliste, la société assigne des objectifs à ses membres (individuels ou collectifs) et désigne les moyens légitimes de les atteindre. Cette idée est développée par MERTON R.K. La violence peut alors être utilisée par certains membres de la société comme un moyen de rébellion pour changer les fins ou les moyens socialement reconnus (révolte pour changer le système social), soit être considérée comme une fin en soi (criminel qui cherche à faire fortune par l'exercice de la violence).

2.3 Le point de vue systémique

Ici, la violence est étudiée sous l'angle de la société. Le groupe social, la société dans son ensemble, sont étudiés comme un système où les éléments qui le composent et ceux qui lui sont extérieurs se trouvent tous en relation. De ces relations peuvent survenir des changements, lorsque les éléments internes ou externes ont une influence directe sur la stabilité du système social étudié. C'est le degré de puissance de cette influence qui entraîne un changement d'état du système social considéré. La violence est alors l'expression de ces fortes influences qui visent à modifier la stabilité du système social initial.

²⁶ COSER L.A., *"Theorie sozialer Konflikte"*, 1965

Ces approches théoriques holistiques tendent à perdre du terrain au fil du temps pour laisser la place à des analyses sectorielles de la violence. En effet, depuis quelques années nous pouvons observer que les écrits sur la violence sont spécialisés par thématique. Ainsi les études portent sur la violence en prison, la violence dans les banlieues, la violence conjugale etc. Une approche globale et totale de la violence semble s'estomper petit à petit. L'analyse des faits de violence à l'hôpital n'est pas encore un sujet très documenté hormis par les ouvrages-témoignages dénonçant ce phénomène, ainsi que les chiffres fournis depuis 2005 par l'Observatoire national des violences en milieu de santé.

III. La violence à l'hôpital : un phénomène nouveau ou une prise de conscience généralisée ?

1. L'hôpital : la portée d'entrée de tous les maux

S'il ne fait aucun doute actuellement, que l'hôpital est avant tout destiné aux personnes malades qui s'y rendent pour être soignées, il n'en a pas toujours été ainsi. L'origine historique des hôpitaux en France (et en Europe) prend ses racines dans l'histoire religieuse de notre société. Les premiers lieux d'accueil des malades furent, en effet, au Moyen Âge, les Hôtels Dieu situés à proximité des églises et des congrégations religieuses. Les premiers "hôpitaux" n'étaient en réalité pas destinés spécialement aux malades mais à l'hébergement des pauvres. Au fil du temps, l'hôpital évolue du champ religieux et de la charité vers le champ laïque de l'assistance universelle, il passe du pouvoir local au pouvoir national et sa finalité d'hébergement tend à être remplacée par celle du soin.

La surveillance des accès était importante à l'époque du Moyen Âge ainsi selon un concept architectural qui a perduré pendant longtemps, un mur élevé entourait l'hôpital. Jusque dans les années 1960 il fallait attendre l'heure des visites dans la rue. Ce n'est qu'avec le courant hygiéniste induit par PASTEUR à la fin du 19ème siècle et avec le développement des spécialisations médicales que l'architecture hospitalière a changé pour se transformer en des constructions isolées de type pavillonnaires s'étendant sur des surfaces importantes. Puis peu à peu les hôpitaux publics se sont ouverts à l'ensemble de la population surtout après la Seconde Guerre Mondiale, pour devenir progressivement de véritables centres de hautes technologies médicales. Dans les années 1930-50 apparaissent des hôpitaux blocs permettant une concentration des moyens et des facilités de communication et de circulation. Ainsi l'hôpital est désormais ouvert sur la ville.

Il accueille désormais des populations très hétérogènes : individus accidentés, personnes atteintes de maladies graves, de nombreux patients venant en rendez-vous consulter des spécialistes présents à l'hôpital, des femmes venant accoucher mais aussi des personnes âgées dont l'altération de l'état général nécessite des soins constants. L'hôpital devient ainsi le lieu où l'on naît et celui où l'on meurt.

De plus, il accueille de plus en plus de monde car s'il est inscrit que sa finalité est désormais le soin, sa fonction asilaire d'autrefois n'a pas disparu. Certes ce n'est plus un lieu d'enfermement comme l'a décrit FOUCAULT M., mais il continue à accueillir des individus marginalisés par leur état de santé psychique ou physique. À cela s'ajoute le fait qu'il devient un lieu de substitution à la médecine générale ou à la pédiatrie. *Les services d'urgences sont devenus le réceptacle des misères sociales et morales, en particulier dans les grandes villes*²⁷. Malgré les évolutions récentes renforçant la fonction médicale à l'hôpital, celui-ci demeure le miroir de nos sociétés, en particulier des problèmes ou des défaillances que l'ordre social ne parvient pas à prendre en charge.

Lors des entretiens semi-directifs, j'ai posé la question de savoir quels étaient les éléments déclencheurs de ces phénomènes de violence. Une des réponses m'a paru très intéressante :

« C'est des problèmes d'ordre extérieur à l'hôpital et qui vont se concentrer à l'hôpital, tu vas souvent à l'hôpital pour avoir une réponse à tes problèmes souvent médicaux mais derrière il y a d'autres problèmes sociaux, familiaux, éducatifs etc. Et quand le problème médical est mal pris en charge enfin quand il y a un temps d'attente alors là la violence arrive. De même que si on ne répond pas à ton problème, tu ne comprends pas pourquoi personne ne fait rien. Ils viennent en pensant que l'hôpital va solutionner leur problème. L'hôpital n'est pas là pour répondre à tous les maux de la société mais comme c'est le seul endroit ouvert 24h/24 ils viennent quand ils ne vont pas bien mais parfois ce n'est pas pour des problèmes médicaux. », réponse d'un interne en médecine.

En effet, l'hôpital est en réalité, par la concentration de sa population, la représentation de la société. C'est une sorte de "mini société". Les problèmes sociaux sont concentrés dans ce lieu puisqu'il est destiné à l'accueil de tout public.

2. Des maux à la violence

2.1 De la violence quotidienne ...

L'hospitalisation d'une personne n'a pas pour effet de libérer cette dernière de ses obligations générales à l'égard de la société. Alors bien sûr, les circonstances sont différentes puisque plusieurs

²⁷ PENEFF J., *L'hôpital en urgence*, Paris, Métailié, 1992 ; *Les malades des urgences*, Paris, Métailié, 2000.

émotions se mêlent lorsqu'on est à l'hôpital : l'agacement, la peur, la douleur, le désespoir etc. mais il ne faut pas pour autant entrer dans une banalisation de la violence qui serait légitimée par le fait qu'à l'hôpital les émotions atteignent leur paroxysme. Si pour les personnes soignées, l'hôpital est un lieu de passage, pour le personnel c'est leur lieu de travail, voire leur lieu de vie, dans lequel ils évoluent chaque jour. Ainsi tout comportement violent se doit d'être sanctionné afin de ne pas laisser le phénomène s'embrasait.

Dans le dernier rapport en date de 2018 de l'ONVS, nous pouvons lire que 446 établissements (7,71 % des établissements) ont déclaré 22 048 signalements de violences, soit une augmentation de signalements de 25,3% pour une augmentation d'établissements déclarants de 23,9%. L'étude plus détaillée des données recensées par l'ONVS sera présentée en seconde partie de ce mémoire.

Toutefois, s'il peut nous apparaître une hausse des violences en milieu de santé, ceci doit être analysé avec prudence. En effet, on observe une hausse du nombre de signalement des violences sur la plateforme de l'ONVS, cependant cette hausse du nombre de signalement ne signifie pas forcément une augmentation du nombre d'actes de violence. Comme j'ai pu souvent l'entendre lors de discussions avec du personnel hospitalier, le remplissage de déclarations d'évènements indésirables lorsqu'il est victime de violence est plutôt assez rare, tout du moins l'était jusqu'à ces dernières années. Les raisons à cela seront exposées dans la seconde partie de ce travail mais généralement, le manque de temps est la première cause à cette absence de déclaration.

Ainsi il est "normal" que moins de violences aient été recensées auparavant mais la non traçabilité de ces violences ne signifie pas leur non existence.

Il est indéniable que les violences envers le personnel est un phénomène bien réel, mais dire qu'il est nouveau l'est un peu moins. De plus, la montée en puissance de la médiatisation, la naissance des réseaux sociaux et des nouvelles technologies de l'information font que ce phénomène acquiert de la visibilité et ouvrent des canaux de communication qui jadis n'existaient pas.

La typologie des violences à l'hôpital

Précédemment nous avons pu voir la typologie proposée par l'OMS concernant la violence en général. Si l'on veut se recentrer sur les violences présentes à l'hôpital, nous pouvons classer les violences en des catégories différentes. Lors de ma rencontre avec Monsieur le Commissaire Vincent TERRENOIR, celui-ci m'a évoqué quatre groupes de violence :

- La violence "*délinquante*"
- La violence comportementale
- La violence pathologique

- La violence professionnelle

La **violence “délinquante”** correspond à celle liée à l’incivisme des individus tel que le manque de politesse, vandalisme, etc. Ce qui est généralement relaté dans les médias.

La **violence comportementale** est celle due à l’individualisme forcené dont font preuve certaines personnes, l’impatience dans cette société du “tout, tout de suite”. Mais également celle provoquée par les émotions qui peuvent envahir l’individu lors d’une prise en charge hospitalière comme évoqué précédemment : stress, angoisse.

La **violence pathologique** est celle entraînée par des addictions à certaines substances telles que l’alcool, la drogue mais également celles provoquées par des troubles psychiatriques dont sont atteintes certaines personnes, ou encore du fait de la douleur liée à la maladie, aux blessures.

Enfin la **violence professionnelle** est celle provoquée par le personnel, que ce soit par la direction de l’établissement, par un collègue, un supérieur hiérarchique etc.

Toutes ces différentes formes de la violence interviennent à l’hôpital et s’il est impossible de l’éradiquer il est néanmoins possible de la gérer en outillant les professionnels de santé afin de parvenir à y faire face (III).

2.2 ... à la menace terroriste

Si la violence quotidienne est présente depuis de nombreuses années à l’hôpital, la menace terroriste envers les établissements de santé est récente. Les attaques terroristes que la France a connues ces dernières années ont relancé le questionnement sur l’exposition de notre système sanitaire à cette menace exceptionnelle ainsi que sur sa capacité à l’absorber sans occasionner de désorganisations paralysantes. Ces attaques par une double violence physique et symbolique questionnent frontalement la résilience de notre système de santé. Plusieurs points font des établissements de santé, une cible pour les terroristes : tout d’abord la concentration en un même lieu d’un grand nombre de personnes, qui plus est une population “fragile” ; ensuite un lieu ouvert qui est donc facile d’accès ; enfin une valeur symbolique forte. Comme me l’expliquait Monsieur LEGALL Loïc²⁸ lors de notre entretien :

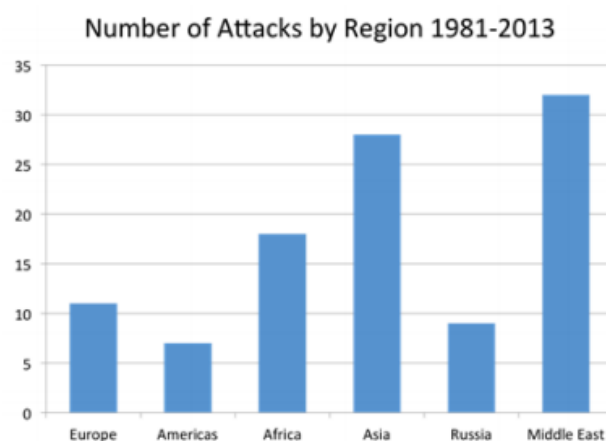
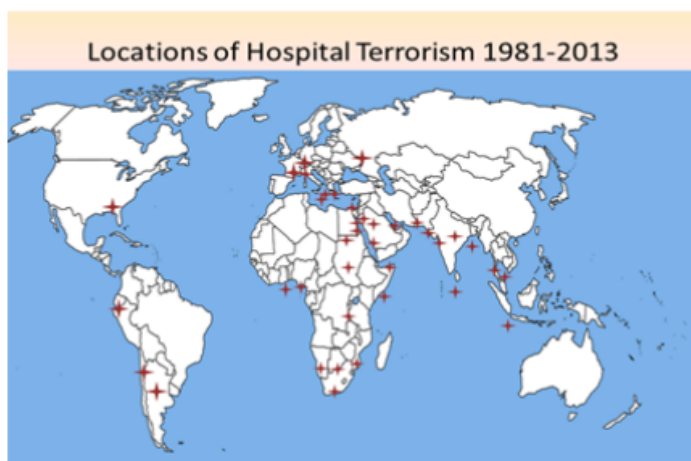
²⁸ Chef de l’unité « planification de défense » au sein du service du Haut Fonctionnaire de Défense et de Sécurité des ministères sociaux.

“Le terrorisme est bel et bien sur une logique de cibler les établissements faciles d’accès, faiblement défendus. De plus les établissements de santé ont un public peu mobile, vulnérable donc les hôpitaux s’inscrivent vraiment dans ce concept qu’on appelle les cibles molles « soft target ».

Les cibles molles c’est quelque chose qui n’est pas ou peu défendu et qui répond bien à ce besoin qu’on retrouve sur la menace terroriste d’aujourd’hui dite low cost : on va chercher à pouvoir terroriser avec le moins de moyens possibles comme par une attaque au couteau, au véhicule bélier, ou par la fabrication d’explosifs.

On est sur une stratégie de rendre possible une attaque par le premier venu et pour ça il faut des modes opératoires qui sont les plus simples et les plus efficaces et il faut également viser des écoles des lieux de cultes, des hôpitaux. “

La première Convention de Genève, en 1864 établit **le principe selon lequel les établissements de santé sont inviolables et ne peuvent constituer des cibles**. Ce traité à portée internationale n’est pourtant pas respecté par les auteurs de tels actes. En effet, selon l’étude menée par l’International Institute for Counter Terrorism (ICT)²⁹, sur les trente dernières années, les attaques terroristes contre les hôpitaux auraient fait 755 morts et 1217 blessés, réparties sur 43 pays différents.



²⁹ GANOR B, HALPERIN WERNLI M., *Terrorist Attacks against Hospitals Case Studies*, in The ITC Working Papers Series, October 2013.

Les attentas meurtriers qui ont touché le secteur santé depuis 2015 dans le monde

- **États-Unis - Centre social de San Bernardino (Californie)**
2-12-2015 - 14 morts. 20 blessés. Allégeance à l'Etat islamique



Couple radicalisé, mari : a travaillé au sein du département de santé publique cette ville en tant que contrôleur environnemental

- **Pakistan**
Hôpital de Quetta
8-8-2016 - 70 morts - 130 blessés
Attentat suicide devant l'hôpital



- Afghanistan**
Hôpital militaire de Kaboul
8-3-2017 - 49 morts - 63 blessés
Revendication État islamique



4

Source: The ITC Working Papers Series, "Terrorist Attacks against Hospitals Case Studies".

Source : Session Inter-Écoles n°4, la sécurisation des établissements de santé face à la menace terroriste et aux violences faites aux professionnels – EHESP Avril 2018 – TERRENOIR Vincent.

Et en France ?

- 1- Hôpital de Millau (12)
31 décembre 2015
Acte de sabotage interne
43 évacuations - fermeture 9 jours



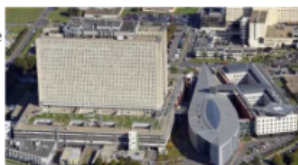
- 2- Hôpital de Chalon-sur-Saône (71)
7 février 2017
Menaces de morts, violences et menace d'attentat



- 3- EHPAD de Chevilly (45)
9 octobre 2017
Intrusion par des hommes cagoulés et armés de couteaux à l'intérieur et séquestration de deux aides-soignantes de l'équipe de nuit



- 4- CHU de Caen (14)
9 mars 2018
Un individu se présente aux urgences, se dit islamiste et armé d'un fusil à pompe dans son sac à dos. Il pénètre dans les étages de la tour du CHU



- 5- Clinique Blomet (75)
12 mars 2018
Un homme en instance de séparation vient menacer sa femme. Il revient 4 heures plus tard armé d'un pistolet. Police prévenue. Il menace les policiers et sera abattu

Les hôpitaux depuis maintenant plusieurs années développent une culture forte de gestion de risque. Or dans le cadre des attaques terroristes, nous ne sommes pas face à un risque mais à une menace, ainsi si le risque s'anticipe, la menace non. Le risque se définit comme la probabilité de survenance d'un danger éventuel plus ou moins prévisible. Alors que la menace se définit comme l'ensemble de faits ou de signes qui font craindre un événement néfaste, qui présagent

un malheur, souvent imminent.

Par conséquent il est possible, sur la base d'une analyse des risques, de prévoir des moyens d'actions en cas de réalisation de ce risque. Mais cela s'avère plus compliqué lorsque l'on parle de menace. Malgré tout, le développement d'une culture de sécurité-sûreté à l'hôpital est primordiale

pour assurer la sûreté du personnel et des patients d'une part mais également pour respecter le principe constitutionnel de la continuité des soins (voir partie 3).

Partie II. État des lieux : Appréciation quantitative et qualitative des violences envers le personnel hospitalier.

I. Les données au niveau national : le rapport de l'ONVS

1. L'observatoire national des violences en milieu de santé : une étude basée sur la démarche participative des établissements de santé

La circulaire du 11 juillet 2005 relative au recensement des actes de violence dans les établissements de santé est venue créer l'observatoire national des violences en milieu de santé. Il est animé par un commissaire de police, détaché auprès du ministère de la Santé et relevant de la Direction générale de l'offre de soins, actuellement Monsieur le Commissaire divisionnaire TERRENOIR Vincent.

Cet observatoire a pour mission de coordonner et d'évaluer les politiques mises en œuvre par les différents acteurs sur l'ensemble du territoire afin de garantir la sécurité des personnes et des biens à l'intérieur des établissements concernés. Afin de pouvoir mettre en place des actions correctives adaptées, il est indispensable d'avoir une bonne connaissance des faits qui se produisent et de pouvoir ainsi adapter en permanence la politique de lutte contre la violence. Ainsi, sur la base du volontariat, les établissements de santé font remonter leurs signalements de faits de violence sur la plateforme de l'ONVS. Par la suite, l'ONVS assure le recensement et l'analyse des événements dont font état les signalements. Sur la base de ces analyses, il élabore et diffuse des outils et des guides de bonnes pratiques, et encourage la coordination des acteurs de terrain. Ces recommandations seront développées dans la troisième et dernière partie de ce mémoire.

2. L'analyse des violences envers le personnel hospitalier sur le territoire français

2.1 Présentation des données de 2017

Il faut préciser que dans le rapport publié par l'ONVS, les établissements déclarant relèvent à la fois du domaine sanitaire mais également médico-social. Ainsi les chiffres présentés prennent en compte les signalements de l'ensemble de ces établissements sur le territoire français. Toutefois, l'ONVS constate que les établissements purement médico-sociaux déclarent très peu de signalements (bien que la violence soit présente). De même, les établissements publics sont ceux déclarant le plus : 91% des signalements proviennent d'établissements publics.

De plus, les données doivent être lues avec circonspection car n'étant pas exhaustifs, elles ne reflètent qu'une tendance. En effet, comme dit précédemment, les signalements recueillis le sont sur la base du volontariat de la part des établissements concernés.

En 2017, l'ONVS a été destinataire de 22 048 signalements d'atteintes aux personnes et aux biens effectués par 446 établissements sanitaires et médico-sociaux. Le nombre de signalement est en hausse, assortie d'un nombre d'établissements participant au dispositif plus important et ceci de façon significative. Toutefois, si des établissements entrent dans la démarche d'autres en sortent...

Les régions les plus déclarantes sont : l'Île-de-France (5 682 signalements pour 66 établissements déclarants), la Bretagne (2 080 signalements pour 25 établissements déclarants), l'Occitanie (1 962 signalements pour 45 établissements déclarants) et la Normandie (1 852 signalements pour 40 établissements déclarants). Une lecture erronée pourrait être celle de se dire que la dangerosité est plus importante dans ces régions mais celle-ci ne serait pas le reflet de la réalité. En effet, certaines régions ont un plus grand nombre d'établissements déclarants et à cela s'ajoute le fait que certains établissements sont plus actifs dans cette démarche déclarative des événements de violences. Par conséquent, cela influe nécessairement sur le nombre de signalements par région.

L'ONVS a recensé 23 551 atteintes aux personnes et aux biens³⁰ réparties comme suit :

³⁰ Le nombre d'atteinte est supérieure au nombre de signalements simplement dû au fait qu'un même signalement peut comporter plusieurs atteintes.

- 18 996 atteintes aux personnes
- 4 555 atteintes aux biens.

Les atteintes aux personnes sont celles qui sont le plus remontées au niveau de la plateforme ONVS. En effet, ce type d'atteinte est, pour des raisons évidentes, celui qui est le plus mal ressenti par les personnels et pour lequel, bon nombre d'entre eux est souvent le moins bien préparé. J'ai fait le choix, dans le cadre de ce mémoire, d'étudier uniquement les atteintes aux personnes.

2.2 Focus sur les atteintes aux personnes

A. Typologie des violences

Les violences envers les personnes représentent un peu plus de 80% des signalements. Le recueil des signalements intègre une échelle de gravité reprenant les actes de violence tels que hiérarchisés dans le code pénal (voir supra).³¹

La répartition des violences envers les personnes selon l'échelle de gravité est la suivante :

Nombre de signalements d'atteintes aux personnes par niveau de gravité

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

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

L'ONVS constate que la répartition selon l'échelle de gravité est quasi identique d'une année sur l'autre. Malgré une augmentation du nombre de signalements pour 2017, cela est sans incidence sur la répartition des atteintes ce qui démontre une augmentation proportionnelle des signalements dans chaque catégorie.

³¹ Annexe n°VI.

Avez-vous déjà été victime ou témoin de violence durant l'exercice de votre fonction ?

“Oui, j’ai été témoin de violence verbale souvent surtout aux urgences. C’est plus fréquent aux urgences quand il y a de l’attente, la nuit quand il y a du monde c’est là que survient la violence quand les gens sont à bout, que ça soit le personnel ou les patients. Violence physique assez peu, je n’ai jamais vu quelqu’un taper un autre. J’ai vu un mec planter un parpaing dans la vitrine des urgences. “. Entretien semi directif avec un interne en médecine.

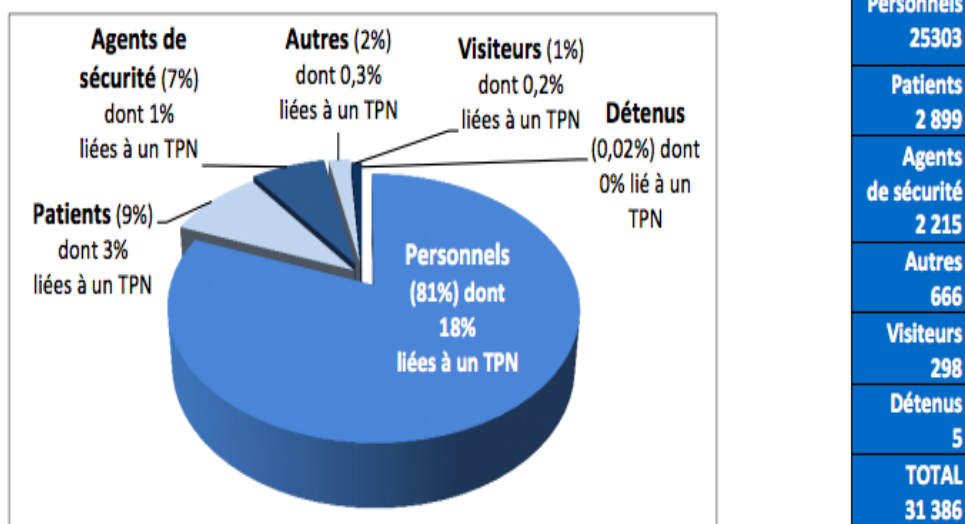
La violence verbale est prédominante car celle-ci est présente dans plusieurs catégories. Les violences répertoriées dans le niveau 3 et 4 sont généralement accompagnées d’insultes, d’injures et de provocations avec menace (physiques, de mort ou avec arme) ou sans menace. L’ONVS a additionné ces types d’atteintes verbales répertoriées dans le tableau ci-dessus, ainsi il dénombre 15 506 faits soit 51,6% de la totalité des atteintes aux personnes. Si l’on observe la répartition par service, la violence physique est plus présente

dans les services de psychiatrie suivie des USLD/EHPAD et des urgences en troisième position. A contrario, lorsque l’on regarde la répartition de la violence verbale selon l’unité ou le lieu, les urgences arrivent en première position suivies de la psychiatrie et en troisième position les unités de soins. La violence physique ainsi que les violences verbales semblent parfois être les seuls modes d’expression connus des patients et de leurs accompagnants.

Typologie des victimes

31 386 victimes d’atteintes aux personnes ont été recensées par l’ONVS.³²

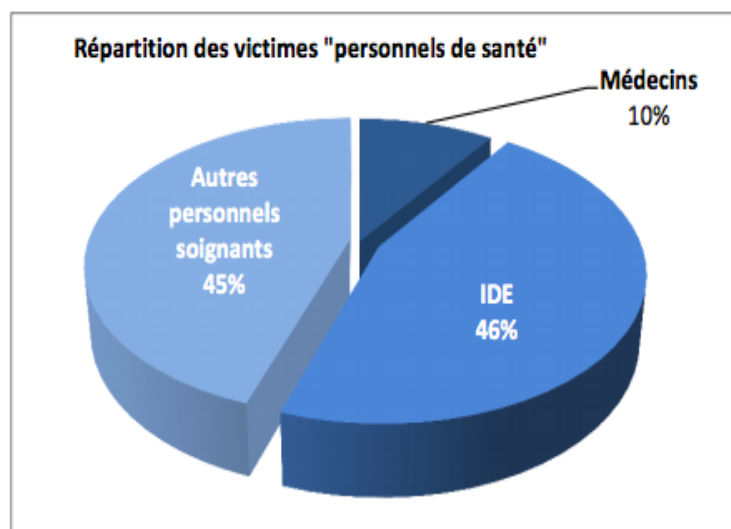
Graphique 15. Répartition des victimes d’atteintes aux personnes



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

³² Ce chiffre est supérieur à celui du nombre de signalements d’atteinte aux personnes étant donné qu’une atteinte peut comporter plusieurs actes mais également plusieurs victimes.

Parmi le personnel, le personnel administratif représente 6% des victimes soit 1 511 personnes réparties en 138 hommes et 1 373 femmes. Il est constitué majoritairement de personnels affectés à l'accueil. 94% sont des "personnels de santé" c'est-à-dire du personnel "soignant" tout du moins intervenant dans la prise en charge médicale du patient.

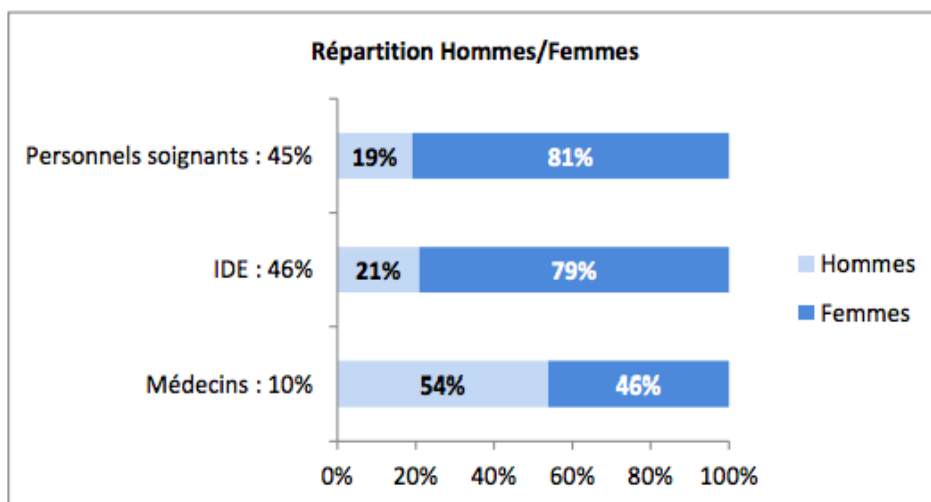


Médecins	2 309
Infirmiers	10 835
Autres personnels soignants	10 648
TOTAL	23 792

La catégorie autres personnels soignants est constituée majoritairement de la profession d'aide-soignant.

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

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



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

Les femmes sont généralement plus touchées par ces violences hormis pour la catégorie des médecins où les hommes sont plus généralement victimes.

Il faut prendre en compte dans l'analyse de cette répartition par sexe, le phénomène de féminisation de certaines professions. En effet, ce taux est d'environ 87 % pour les infirmières et de 89% pour les aides-soignantes.³³

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

Typologie des auteurs

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

Tableau 13. Typologie des auteurs

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

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

On constate pour la catégorie "personnels" une quasi parité, ce qui n'était pas le cas en 2016 (57%/43%). Pour les 5 autres catégories, les hommes sont très fortement majoritaires.

Les violences signalées ayant pour auteurs des médecins hommes ou femmes, sont des violences soient entre médecins, soit avec d'autres personnels et sont essentiellement des violences verbales telles que des critiques, des reproches sur les compétences professionnelles des pairs, dénigrement

³³Source : pour les médecins et les infirmiers, DRESS, 2017 : www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx

en privé ou devant le public, du travail effectué avec d'autres professionnels de santé, propos grossiers. Ces conflits peuvent avoir de lourdes conséquences sur les conditions de travail et avoir un impact important sur le personnel victime. Comme me le témoignent deux personnes lors de mes entretiens :

*"J'ai été victime oui. J'ai subi des violences par les familles et les patients mais surtout par le personnel notamment les chirurgiens, de la violence verbale exclusivement. Au bloc, avec certains chirurgiens j'ai peur d'y aller car j'appréhende. Quand j'ai commencé, des soirs je ne dormais pas car tu ne sais pas trop si tu vas bien faire, tu as peur d'être jugé. Maintenant ça va. Après tu fais abstraction. Je le fais au moins pour le patient car il faut bien le soigner mais c'est particulier."*³⁴

*"Victime de position hiérarchique ça c'est sûr, on te demande de faire des choses alors que ce n'est pas ton rôle et pour être bien vu et pas em... après tu le fais. Au CHU dans certains services si tu es dans la position faible tu vas te faire exploiter."*³⁵

2.3 Les motifs de la violence

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

Dans 45% des signalements d'atteinte aux personnes, le motif de violence a été renseigné.

Ce tableau représente les principaux motifs de violence présent à l'hôpital. Ils sont classés par fréquence. Ainsi, le principal motif de violence continue d'être depuis plusieurs années celui du reproche relatif à la prise en charge du patient. Le temps d'attente arrive en deuxième position mais avec un écart très important par rapport au premier motif cité.

De plus une catégorie "Autres" - qui n'est pas mentionnée ici - regroupe un ensemble de situations très diverses et 55% des motifs de violence concernent cette catégorie. Par exemple, les motifs peuvent être la maltraitance, l'atteinte au principe de laïcité, l'atteinte au droit à l'image et à la vie privée etc.

³⁴ Infirmière de bloc opératoire.

³⁵ Interne en médecine.

Certains comportements violents peuvent être la résultante de plusieurs motifs, l'un étant la conséquence d'un autre. Tel est le cas d'une personne en état d'ébriété qui génère de la violence verbale et physique ainsi que des menaces en raison d'une perception tronquée de la réalité de la prise en charge. Ainsi la violence peut découler d'un reproche relatif à la prise en charge mais qui est lui-même induit par l'alcoolisation du patient. De même qu'un temps d'attente jugé excessif peut déboucher pour le patient ou l'accompagnant sur un sentiment d'incompréhension et ainsi estimer que la prise en charge est de mauvaise qualité.

“L’impatience des gens est dingue maintenant. Nous sommes régulièrement en sous-effectif et tu ne peux pas gérer toute seule 20/30 patients. Les patients ne se rendent pas compte qu’ils ne sont pas tout seul, dans un service il y a 25 lits et quand tu es toute seule la journée, ils doivent attendre leur tour. On est dans une société maintenant “du toujours plus”, l’hôpital parfois c’est un peu l’hôtel. C’est difficile à gérer car ils sont là pour une pathologie tu ne peux pas les juger tu sais qu’ils se déchargent.”³⁶

“Aux urgences le facteur déclenchant c’est la surpopulation, les gens qui en ont marre d’attendre. Et puis les gens bourrés. Dans les services c’est plutôt les familles qui sont mécontentes de la prise en charge. Il peut y avoir aussi la surcharge de travail quand tu te retrouves seul, interne, à gérer 20 patients, ton chef n’est pas là, tu es en stress donc tu es plus à même de faire des erreurs médicales. Des fois mêmes les relations infirmiers/médecins sont difficiles surtout lors des gardes en fait.”³⁷

“Souvent la frustration je dirais, l’intolérance.”³⁸

II. L'enquête terrain sur la violence menée au sein du Centre de Lutte Contre le Cancer de Rennes

Dans le cadre de mon stage de fin d'études au sein du Centre Eugène Marquis, Centre de Lutte Contre le Cancer de Rennes, j'ai eu pour mission notamment de participer à l'élaboration du plan de sécurisation d'établissement (Partie 3). Ce plan fonctionnel doit partir de constats et d'un diagnostic sécurité-sûreté, c'est pourquoi j'ai entrepris la réalisation d'une enquête sur la violence

³⁶ Entretien avec une infirmière de bloc. Annexe III

³⁷ Entretien avec un interne en médecine. Annexe III.

³⁸ Entretien avec une infirmière. Annexe III.

au sein de ce centre afin d'étayer l'analyse des risques nécessaire à la mise en place d'actions concrètes adaptées à l'institution.

1. Le Centre de Lutte Contre le Cancer : un établissement spécialisé

1.1 Présentation du Centre Eugène Marquis

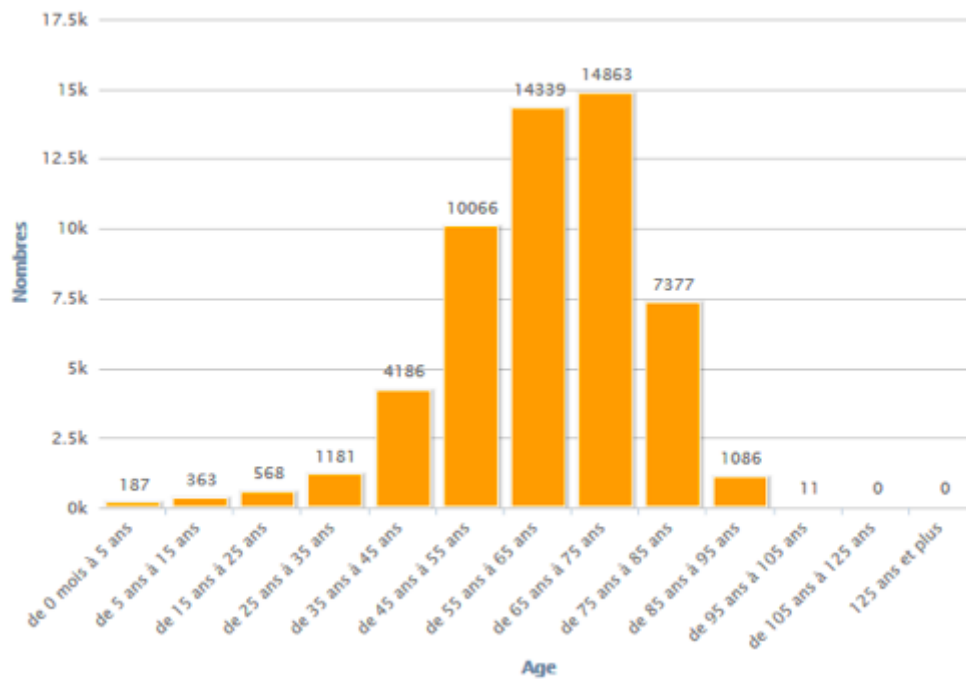
Le Centre Eugène Marquis est l'un des dix-huit centres de lutte contre le cancer existant en France, il fait partie du réseau Unicancer. Les CLCC ont été créés par le Général de Gaulle en 1945. Ce sont des établissements de santé privés à but non lucratif.

Le Centre Eugène Marquis a été créé en 1923 sur l'initiative du Professeur Eugène Marquis, chirurgien. Il est positionné sur le site de Pontchaillou où se trouve le CHU de Rennes. Il exerce une triple mission de soins, d'enseignement et de recherche en cancérologie. Établissement Hospitalo-Universitaire, associé par convention à l'université de Rennes, le Centre Eugène Marquis est un des membres de l'Institut Régional de Cancérologie Rennais créé en 2007, groupement de coopération sanitaire liant le CLCC, le CHU et la clinique mutualiste La Sagesse. Membre du réseau de cancérologie Oncobretagne, il a une vocation régionale, mais aussi locale au sein du territoire sanitaire.

Sa politique médicale est fondée sur une approche pluridisciplinaire du traitement du cancer autour de cinq disciplines majeures : la chirurgie, la chimiothérapie, la radiothérapie, la radiologie interventionnelle et la médecine nucléaire. Mon maître de stage m'a permis de comprendre l'ensemble de l'organisation du traitement du cancer via la réalisation d'une immersion de deux semaines dans l'ensemble des services du centre. Les services sont répartis sur trois bâtiments : un bâtiment médicotechnique, un bâtiment de radiologie et un bâtiment d'hospitalisation.

1.2 Une population spécifique induisant une violence différente

Étant un centre spécialisé dans le traitement du cancer, la population accueillie n'est pas la même que celle des autres établissements de santé. En 2017, la file active de patient s'élevait à 4 723 patients avec une moyenne d'âge de 69 ans.



Source : données études médico-économiques du CEM.

Le public accueilli est un public à la santé fragile car il s'agit de patients atteints d'un cancer et qui sont de ce fait immunodéprimés.

A. La perception du cancer dans la société

L'enquête menée par l'INPES en 2010 consacre une partie à la perception du cancer par les Français.³⁹ L'étude des attitudes et des représentations vis-à-vis du cancer a fait l'objet de nombreuses recherches, que ce soit sur la façon dont les malades se représentent leur maladie ou, plus rarement, sur la façon dont la population générale se représente le cancer. Ces représentations déterminent en partie l'attitude des patients face aux traitements et aux soignants. Le sondage réalisé fait état de l'image du cancer dans l'opinion des Français. Maladie considérée comme la plus grave - 70% des personnes citent le cancer en premier choix, très loin devant le sida (18%) et les maladies cardio-vasculaire (4,3%). Au total, tous les interrogés citent le cancer, en premier, second

³⁹ Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France), Beck F., Gautier A., & Institut national du cancer (France). (2012). *Baromètre cancer 2010*. Saint-Denis : Éd. INPES.

ou troisième choix. Parmi les personnes âgées de 16 à 75 ans, la proportion citant le cancer comme la maladie la plus grave a significativement augmenté de 2005 à 2010, passant de 64,5 % à 71,0 %.

De plus, le cancer est encore très associé à la mort. Selon cette même enquête, à la question de savoir quel(s) mot(s) nous viennent à l'esprit lorsque l'on prononce le mot "cancer", c'est le champ lexical de la mort qui est le plus fréquemment cité. Ce thème est cité par presque une personne sur deux, devant les réponses qui évoquent les traitements et leurs effets, cités par un tiers des interrogés, puis viennent les réponses relevant de la maladie (maladie, tumeur, métastase etc.), citées par un quart des répondants et enfin le champ lexical de la souffrance et de la gravité (une personne sur cinq).

C'est une maladie qui est jugée, par l'opinion publique, pas comme les autres et dont personne n'est à l'abri - 95% des personnes ont répondu tout à fait d'accord ou plutôt d'accord pour dire que "personne n'est à l'abri du cancer".⁴⁰

Cette représentation du cancer n'est pas nouvelle. Déjà, au XVII^{ème} siècle, le cancer était considéré comme un *"mal hors du commun par les douleurs qu'il occasionne, une issue presque toujours fatale"*. L'attention portée au cancer s'est faite plus nettement à partir de la fin du XIX^{ème} siècle, avec des représentations toujours très dramatiques : *"cancer, ce mal redoutable dont le nom seul inspire la terreur"*⁴¹ selon les propos de Jules RENGAGE en 1881. Malgré les progrès scientifiques en matière médicale, cette maladie est toujours perçue comme un fléau de santé publique en France et celle-ci génère des angoisses fortes qui conduisent à diverses réactions humaines de la part de celui qui en est atteint.

B. Les temps du cancer

Le patient atteint d'un cancer doit affronter différentes phases de sa maladie. Tout le long, il est bercé entre espoirs et incertitude. Comme l'écrit MENORET M. :

"Le plus souvent, en tout début de trajectoire de maladie, le dilemme devant lequel se trouve le malade cancéreux repose sur une vision fixiste de la maladie, celle précisément qui, adoptée par les chirurgiens du début du siècle, répondait aux critères curable / incurable et reposait sur une gamme d'interventions réduite. Cependant les patients, aujourd'hui, assimilent tout au long de leur trajectoire les principes de graduation auxquels furent soumis les thérapeutes du cancer au début

⁴⁰ LE BRUN J. Cancer serpit. *Recherches sur la représentation du cancer dans les biographies spirituelles féminines du XVII^e siècle*. Sciences Sociales et Santé, 1984, vol. 2, n° 2 : p. 9-31.

⁴¹ VIGARELLO G. Cancer : des formulations anciennes à celles d'aujourd'hui. Contact santé, 2009, 228 : p. 48-49.

du siècle, avec la découverte de nouveaux traitements, de nouvelles manières de mettre en chiffres le cancer, de penser son évaluation et son évolution. Ils réalisent, à leur niveau, cet apprentissage du cancer qu'on leur organise entre espoir et incertitude et sont amenés à considérer que rien n'est définitivement fixé dans une trajectoire de maladie cancéreuse”⁴². En effet, les progrès scientifiques en matière médicale font reculer la progression des tumeurs cancéreuses pour certains cancers - voire parfois même les éradiquent en intégralité.

Le docteur KÜBLER-ROSS E. dans *“les derniers instants de la vie”*⁴³ décrit les cinq étapes réactionnelles par lesquels passe généralement le patient atteint d’une maladie telle que le cancer :

Le refus : *“Non, pas moi, ce ne peut pas être vrai”*. La personne est en état de choc et pour se protéger elle va dans un premier temps mettre en place le mécanisme du déni contre la perception de cette réalité insupportable. Cette réaction défensive est normale et permet de lutter contre un effondrement psychique.

La colère : le déni laisse la place à des sentiments d’irritations. Comme le dit KÜBLER-ROSS l’étape de l’irritation est très difficile à assumer du point de vue de la famille et du personnel soignant. La raison en est que cette irritation est projetée dans toutes les directions, sur tout l’entourage, bien souvent au hasard.

Le marchandage : le marchandage est en réalité une tentative de retarder les événements. Il doit inclure une prime offerte pour bonne conduite et impose aussi une limite irrévocable (par exemple assister au mariage du petit-fils) et comporte la promesse implicite que le malade ne demandera rien de plus si le délai requis est accordé.

La dépression : Elle est soit réactionnelle, le patient déplore les pertes vécues et ses regrets. Il a besoin d’échanges. Soit la dépression est dite “de préparation”, elle est silencieuse. Le patient se désole de ce qu’il est sur le point de perdre. La dépression est nécessaire pour arriver à l’acceptation.

L’acceptation (ou la résignation) : Pour certains auteurs cette phase correspond à une issue heureuse le patient prend appui sur l’épreuve qu’il endure pour la dépasser et se dépasser lui-même. Sublimer c’est restituer un sens à la maladie en rendant constructif et créatif son rapport à l’adversité, en le transposant en un but élevé et généreux. C’est le cas de ces patients qui souhaitent

⁴² MENORET M. (1999). *Les Temps du Cancer*. Éditions du CNRS.

⁴³ KÜBLER-ROSS (1989). *On Death and Dying - Les derniers instant de la vie*.

créer une association d'entraide. Pour d'autres cette phase correspond plutôt au repos final : le malade a trouvé une certaine paix, son cercle d'intérêt se rétrécit. Il désire être seul, ou moins dérangé. Les conversations se réduisent à un petit geste amical.

À chaque étape de la maladie, les patients et leurs proches peuvent voir leur caractère et leurs comportements se modifier. Dans ce contexte peuvent naître des comportements violents de la part des patients et/ou des accompagnants dû fait d'une colère et une non acceptation de la maladie.

C'est spécifiquement ces causes de violence que l'on retrouve le plus souvent dans les Centre de Lutte Contre le Cancer. C'est pourquoi il est possible de dire que les violences dans ces institutions sont différentes de celles des centres hospitaliers qui ont une vocation à soigner plus large en termes de pathologie mais également de profils patients : de la *bobologie* aux situations d'urgences absolues en passant par la prise en charge de diverses maladies chroniques.

2. L'enquête sur les faits de violence au sein du Centre Eugène Marquis

2.1 Méthodologie d'enquête

Après avoir élaboré un questionnaire d'enquête, je l'ai testé en le soumettant à des personnes afin de m'assurer de la bonne compréhension de l'ensemble des questions. Je l'ai ensuite retravaillé avec l'aide d'un cadre de santé, spécialisé dans l'analyse de données statistiques et avec Monsieur le Commissaire TERRENOIR Vincent. Je l'ai ensuite mis en forme sous le format *Google form* pour faciliter la diffusion et je l'ai présenté en comité Qualité de Vie au Travail au sein du Centre Eugène Marquis. Il a été ensuite diffusé en interne à l'ensemble des salariés du centre par voie électronique. Le questionnaire⁴⁴ est structuré en deux parties, une relative à la présentation du répondant et une seconde sur les faits de violence au sein du Centre Eugène Marquis. Il comprend 21 questions dont 14 sur les faits de violence. Au total, 109 personnes ont répondu au questionnaire.

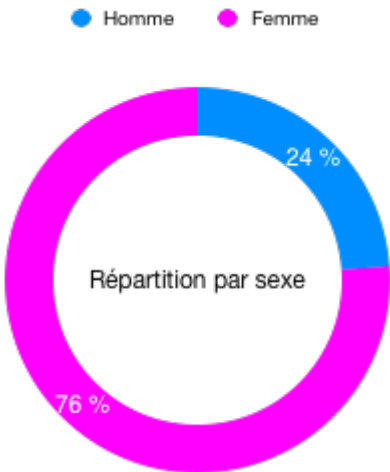
L'enquête s'est déroulée au début du mois de juillet sur deux semaines. Il a ensuite fallu coder l'ensemble des données pour pouvoir les analyser par la suite. Les données ont ensuite été traitées sur le logiciel statistique SAS.

⁴⁴ Annexe I.

2.2 Résultat de l'enquête

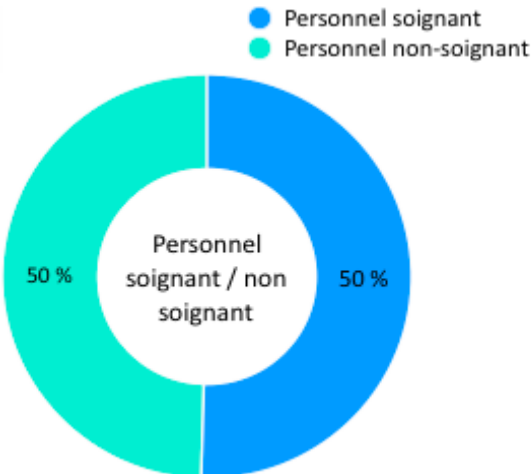
A. Profil des répondants

Parmi les 109 répondants, 76% sont des femmes.



SEX	Fréquence	Pourcentage	cumulée	cumulé
1	26	23.85	26	23.85
2	83	76.15	109	100.00

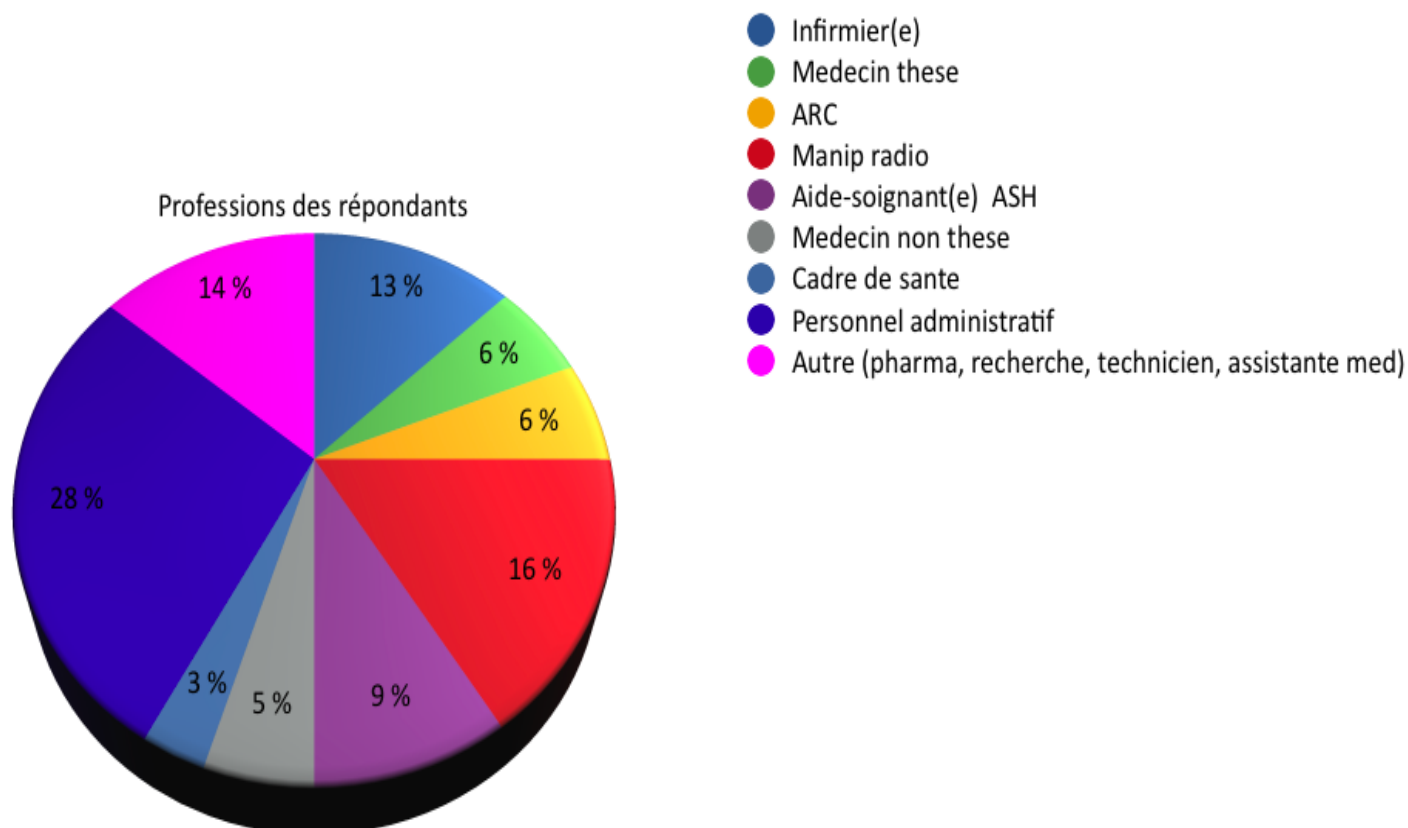
Source : réalisation personnelle/ résultat d'enquête



PERS_SOIGN				
PERS_SOI	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pourcentage cumulé
0	54	49.54	54	49.54
1	55	50.46	109	100.00

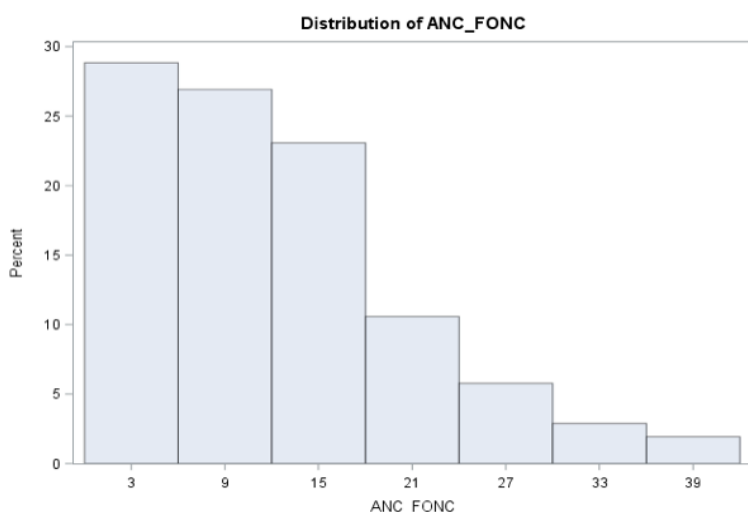
La répartition entre personnel soignant et non soignant est égale, elle est de 50% pour chaque catégorie.

Source : réalisation personnelle/ résultat d'enquête



Source : réalisation personnelle/ résultat d'enquête

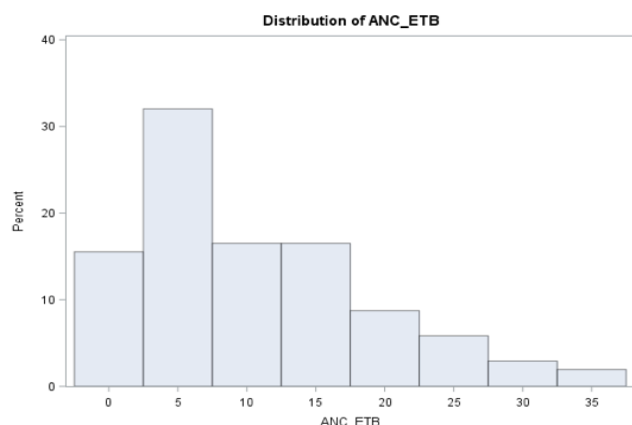
Le personnel administratif a répondu majoritairement (28%) suivi des manipulateurs en électroradiologie (16%), de la catégorie "autre" qui comprend les pharmaciens, les techniciens, les assistantes médicales, assistantes sociales etc. (14%) et des infirmiers (13%) et aide soignants/ASH (9%).



Mesures statistiques de base			
Location		Variabilité	
Moyenne	11.57692	Ecart-type	8.56012
Médiane	10.00000	Variance	73.27558
Mode	3.00000	Intervalle	39.00000
		Ecart interquartile	11.00000

Source : réalisation personnelle/ résultat d'enquête

Le personnel exerce en moyenne leur profession depuis 12 ans. La valeur médiane de la série est de 10, ce qui signifie que 50% du personnel exerce sa profession depuis moins de 10 ans et 50 % depuis plus de 10 ans.



Mesures statistiques de base

Location		Variabilité	
Moyenne	10.40777	Ecart-type	8.30950
Médiane	8.00000	Variance	69.04778
Mode	5.00000	Intervalle	35.00000
		Ecart interquartile	11.00000

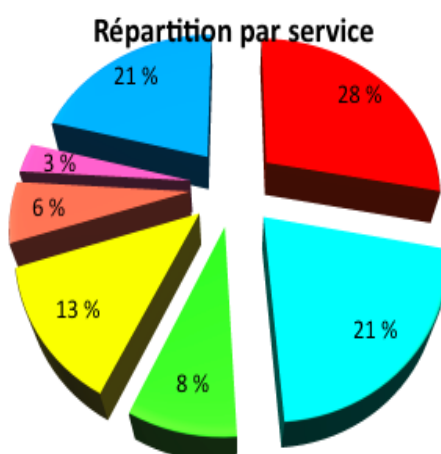
Source : réalisation personnelle/ résultat d'enquête

Il exerce en moyenne depuis 10 ans au sein du Centre Eugène Marquis. La valeur médiane observée est de 8, ce qui signifie que 50% exercent depuis moins de 8 ans au sein du centre et 50% depuis plus de 8 ans.

La répartition par service des personnes interrogées est la suivante :

La procédure FREQ

SERV				
SERV	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pourcentage cumulé
1	31	28.44	31	28.44
2	23	21.10	54	49.54
3	9	8.26	63	57.80
7	14	12.84	77	70.64
8	6	5.50	83	76.15
10	3	2.75	86	78.90
11	23	21.10	109	100.00



- Médico-technique
- Oncologie médicale
- Oncologie chirurgicale
- Administratif - services supports
- Administratif - services transversaux
- Secrétariat / Accueil
- Autre service

Source : réalisation personnelle/ résultat d'enquête

Le service le plus représenté est celui du médicotechnique suivi de l'oncologie médicale. L'unité Secrétariat/Accueil a été isolée délibérément puisque d'après mes lectures et les préjugés que nous

pouvons avoir, ce lieu est souvent celui où les violences sont les plus fréquentes. Malheureusement peu de personnes du bureau des entrées et des secrétariats patients ont répondu à l'enquête.

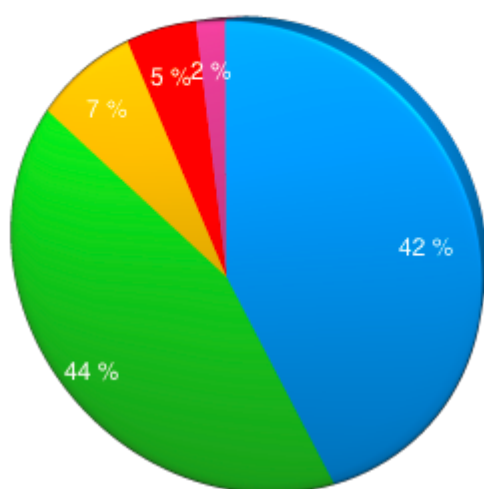
B. Les faits de violence

a. Généralité

Ma première question s'est portée sur le sentiment de sécurité ressenti par les personnels, à savoir est-ce qu'ils se sentent en sécurité sur leur lieu de travail. 94,5% ont répondu oui à cette question.



Fréquence de la violence



42% des personnels interrogés déclarent qu'il y a une absence de violence au sein du centre. Mais de l'autre côté, 44% déclarent que des faits de violence se produisent plusieurs fois dans l'année.

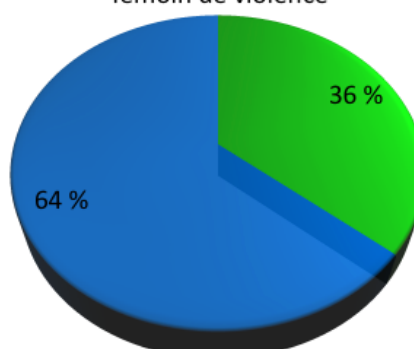
Source : réalisation personnelle/ résultat d'enquête

Ensuite, je leur ai demandé s'ils avaient déjà été témoin de violence durant l'exercice de leur fonction.

La procédure FREQ

TEM_VIO				
TEM_VIO	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pourcentage cumulé
0	39	35.78	39	35.78
1	70	64.22	109	100.00
1	70	64.22	109	100.00

Témoin de violence

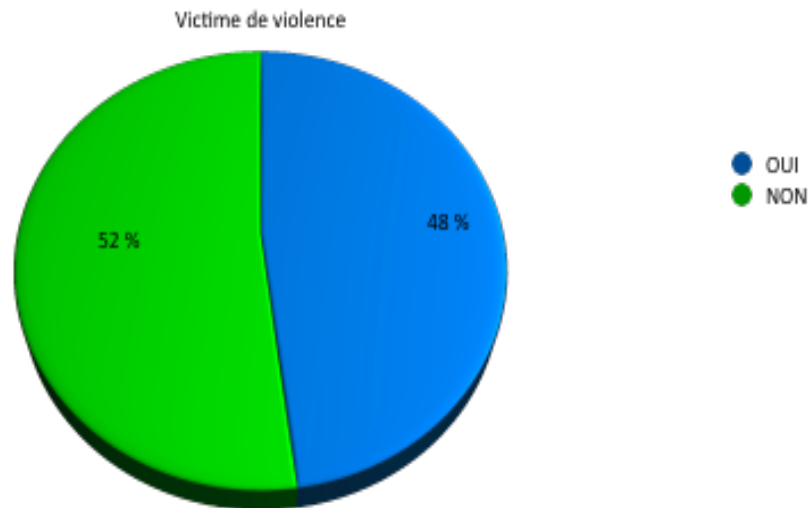


Source : réalisation personnelle/ résultat d'enquête

64% des personnels ont déjà été témoins de violence durant leur fonction au sein du Centre Eugène Marquis.

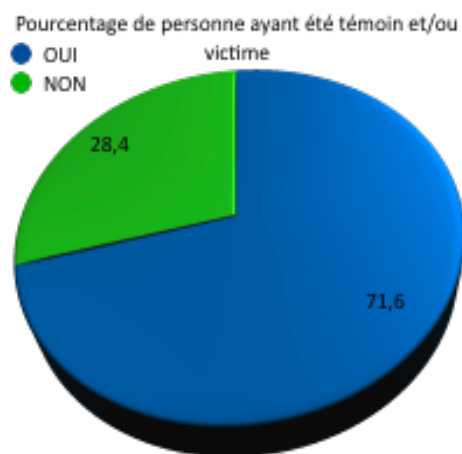
La procédure FREQ

VICT_VIO				
VICT_VIO	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pourcentage cumulé
0	57	52.29	57	52.29
1	52	47.71	109	100.00



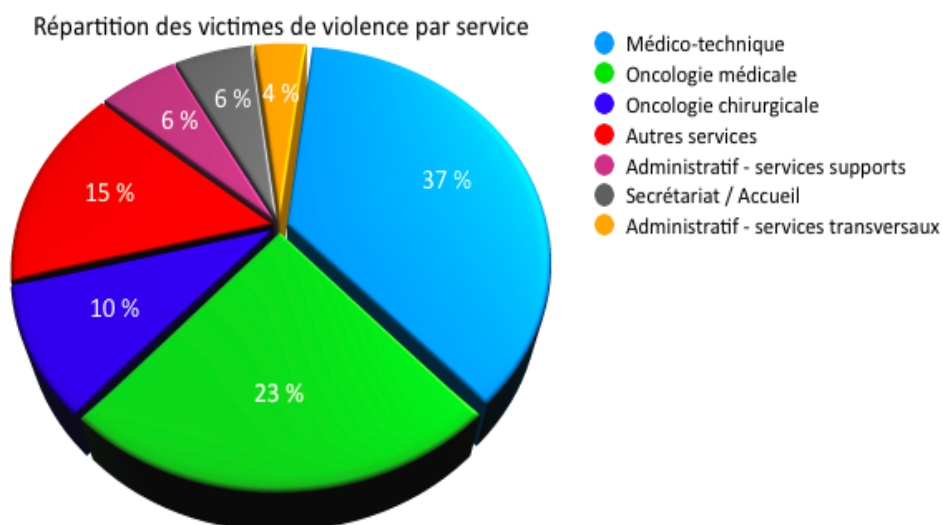
48% des interrogés ont été victimes de violence au cours de l'exercice de leur fonction.

Nous avons ensuite créé une variable témoin/victime c'est-à-dire combien de personnes ont été témoins et victimes de violence et une seconde variable comptabilisant le pourcentage de personnes ayant été témoins et/ou victimes. Ainsi, 40% des personnes ont été victimes et témoins de violence et 72% ont été témoins et/ou victimes.



Source : réalisation personnelle/ résultat d'enquête

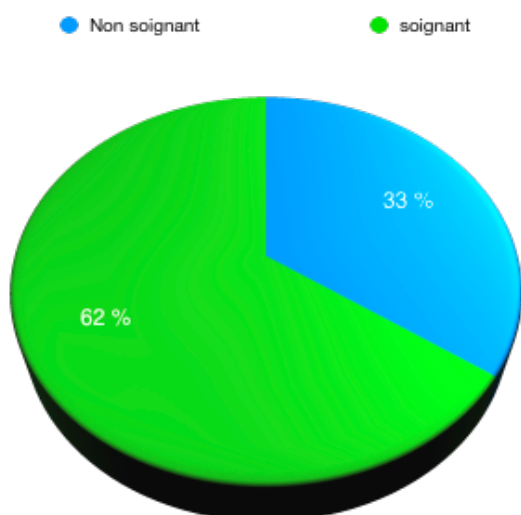
Parmi les victimes de violence, la répartition par service est la suivante :



Le service qui semble donc le plus touché par les faits de violence est celui du médico-technique, suivi de celui de l'oncologie médicale. Toutefois le nombre de répondant dans ces deux catégories de service est plus élevé que dans les autres services.

Source : réalisation personnelle/ résultat d'enquête

b. Typologie des victimes

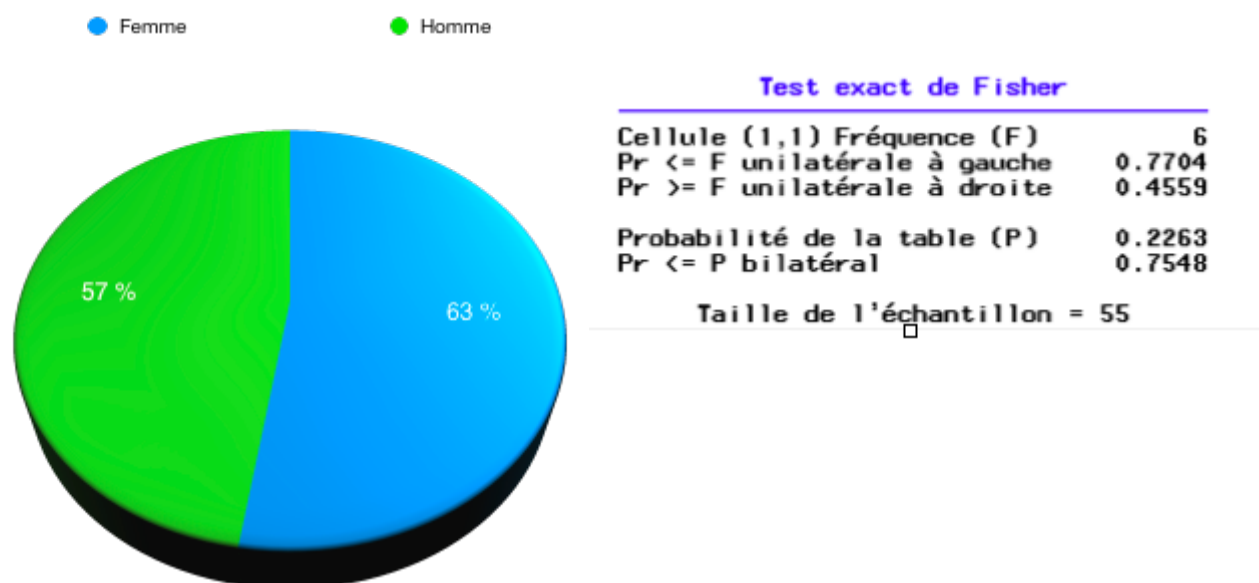


Parmi les victimes 62% font partie du personnel soignant. Après réalisation du test de Fischer, afin de vérifier la vraisemblance des deux variances et de calculer la probabilité, nous pouvons dire que la différence est largement significative avec $p < 0.01$. Par conséquent, le statut de soignant est statistiquement plus associé au risque de subir un acte de violence au sein Centre Eugène Marquis.

Source : réalisation personnelle/ résultat d'enquête

Test exact de Fisher		
Cellule (1,1) Fréquence (F)		36
Pr <= F unilatérale à gauche		0.9993
Pr >= F unilatérale à droite		0.0026
Probabilité de la table (P)		0.0018

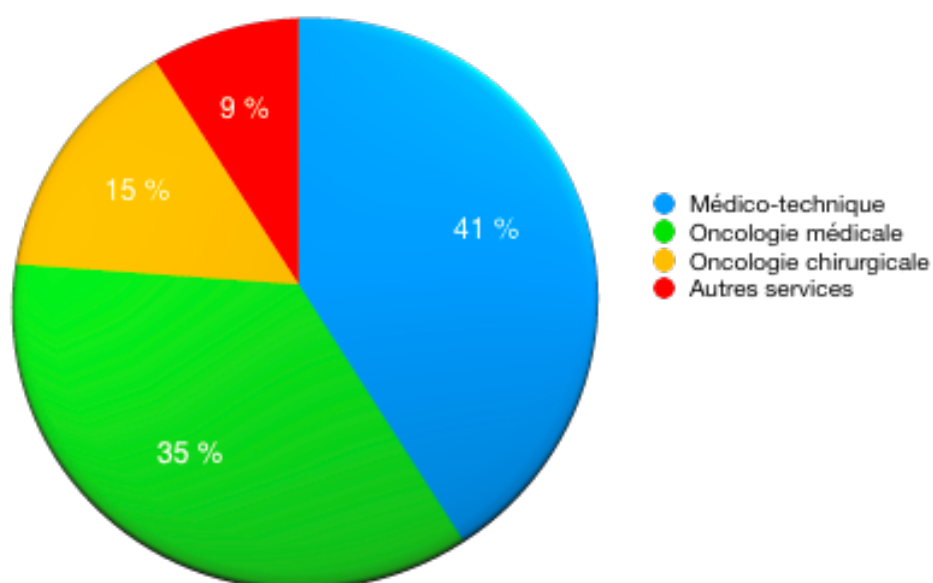
Parmi le personnel soignant, la répartition des victimes par genre est la suivante :



Source : réalisation personnelle/ résultat d'enquête

La répartition des victimes de violence par genre au sein du personnel soignant n'a pas donné de résultats significatifs puisque $p > 0,01$. Ainsi, le genre n'est pas statistiquement associé au risque de violence.

La répartition par service des victimes au sein du personnel soignant est la suivante :

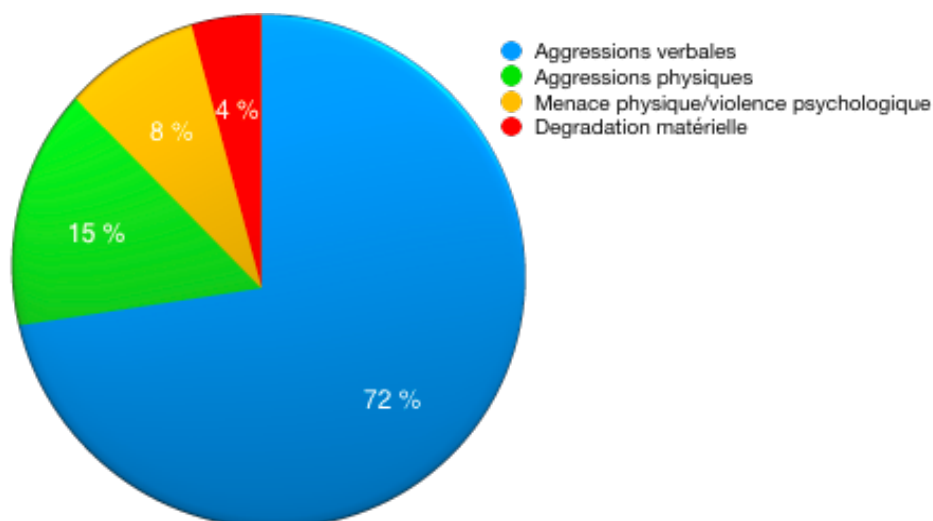


Source : réalisation personnelle/ résultat d'enquête

S'agissant du personnel non soignant, il n'y a pas d'association entre le service où ils exercent, leur genre et le fait d'être victime d'actes de violence.

c. Typologie des violences

Répartition du type de violence au sein du Centre Eugène Marquis.

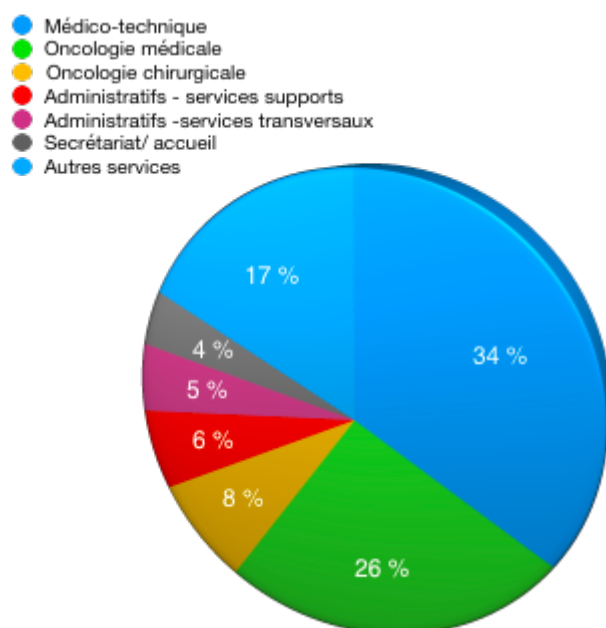


72% des violences sont des agressions verbales au sein du Centre Eugène Marquis.

La totalité des personnes victimes (52) ont répondu avoir subi des violences verbales

soit 100% des victimes, 11 ont été victimes de violences physiques soit 21% des victimes et 12% des victimes ont subi violences psychologiques et/ou des menaces physiques.

Taux d'agression verbale par service



Test exact de Fisher	
Probabilité de la table (P)	<.0001
Pr <= P	0.0070

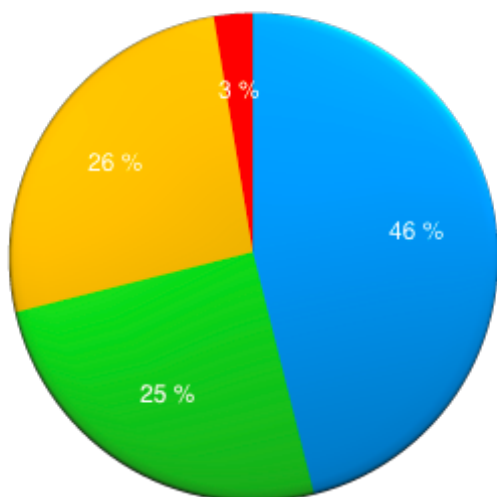
La différence est statistiquement significative puisque $p < 0,01$. Ainsi, le risque d'agression verbale est statistiquement plus élevé dans le service médico-technique et celui d'oncologie médicale. De plus, 100% des personnes victimes dans le service Secrétariat/Accueil ont répondu avoir été victime d'agression verbale. Mais étant donné que seulement trois personnes de ce service ont répondu il n'est pas possible d'affirmer que statistiquement les agressions verbales y sont plus fréquentes.

En revanche, aucune différence significative n'a été observée pour les autres types de violence.

d. Typologie des auteurs

Lorsque les personnes ont déclaré avoir été personnellement victimes de violence, soit 52 personnes, la répartition des auteurs de ces violences était la suivante :

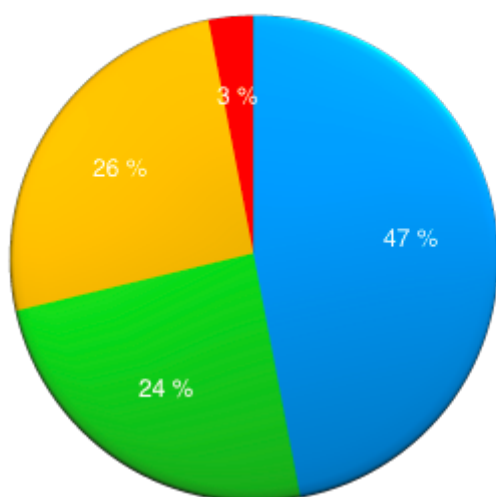
● Patients ● Accompagnants/visiteurs ● Personnels ● Hiérarchie



Dans 46% des cas de violences subies directement par les 52 personnels du centre, les auteurs étaient des patients. Dans 25% des cas il s'agissait d'accompagnants (famille/amis) ou des visiteurs et dans 26% des cas la violence est interpersonnelle.

Des résultats semblables sont observés s'agissant des réponses données par les 70 témoins de violences. La répartition des auteurs est la suivante :

● Patients ● Accompagnants/visiteurs ● Personnels ● Hiérarchie



Dans 47% des cas de violence dont ont été témoins les personnels du centre, les auteurs étaient des patients. Dans 26% il s'agissait de violence interpersonnelle et dans 24% des cas de la violence émane des accompagnants ou visiteurs.

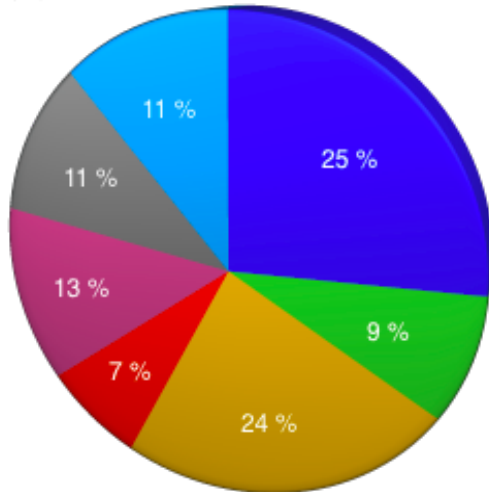
Les mêmes observations sont faites lorsque l'on combine les deux variables témoins et victimes.

La violence est donc principalement de la violence verbale, comme dit précédemment, et celle-ci provient généralement du fait des patients et du personnel au sein du Centre Eugène Marquis.

e. Les motifs de la violence

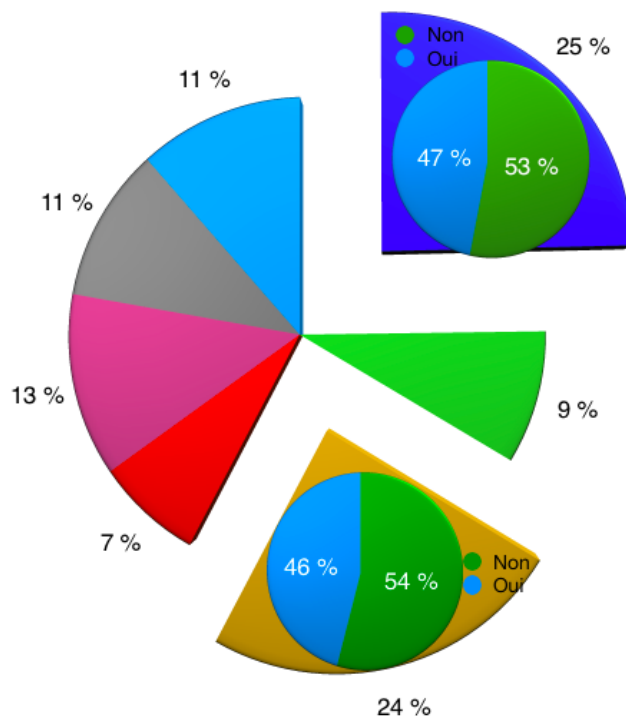
78 personnes ont répondu à la question de savoir à quoi était généralement due la violence.

- Temps d'attente
- Diagnostic non accepté
- Reproche relatif à la prise en charge
- Personne en état d'ébriété/stupéfiant
- Personne présentant un trouble cognitif
- Refus de soins
- Autre



Sur la totalité des faits de violence, les motifs de violence sont répartis comme le démontre le graphique à gauche. Dans 25% et 24% des cas, les motifs de la violence sont respectivement dus à un temps d'attente jugé excessif et à un reproche lié à la prise en charge.

- Temps d'attente
- Diagnostic non accepté
- Reproche relatif à la prise en charge
- Personne en état d'ébriété/stupéfiant
- Personne présentant un trouble cognitif
- Refus de soins
- Autre



Parmi les 78 personnes ayant répondu à la question des motifs de violence, 47% ont coché la circonstance du temps d'attente et 46% celle du reproche relatif à la prise en charge.

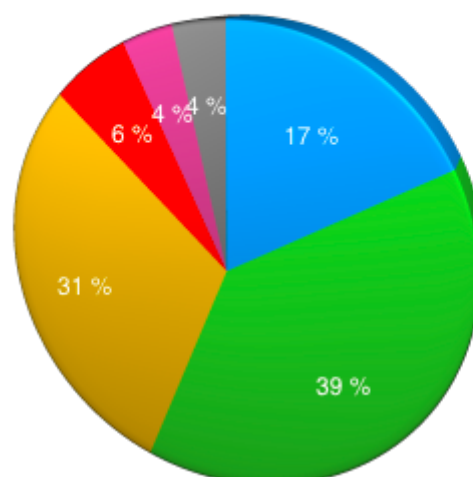
f. La gestion des évènements de violence

“Quelle (s) démarche (s) suivez-vous en cas de violence ? (Plusieurs choix possibles)”, voici la question qui était posée au personnel. Les choix de réponses étaient les suivants :

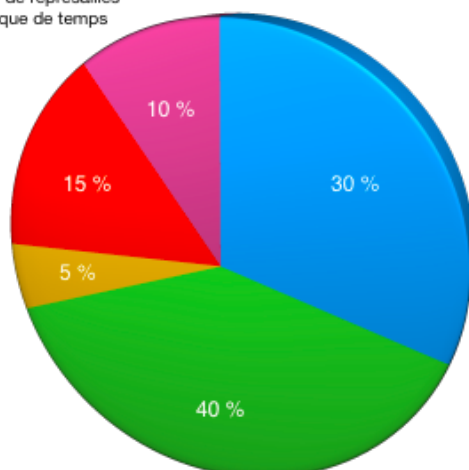
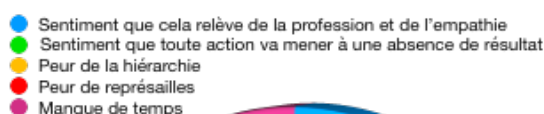
- Aucune action
- Contact supérieur
- Renfort collègues
- Appel agent de sécurité
- Dépôt de plainte
- Déclaration d'évènement indésirable



Répartition des actions menées par le personnel



Au total, 171 réponses ont été cochées puisque les personnes pouvaient répondre plusieurs choix différents. Parmi l'ensemble des réponses données, les actions les plus communément menées sont donc de contacter son supérieur ou d'appeler ses collègues. Ces réponses ont été citées respectivement 67 et 53 fois. 17% des réponses étaient “aucune action”, 29 personnes ont déclaré ne mener aucune action soit 27% du personnel ayant répondu à l'enquête.



Parmi ceux ayant répondu “aucune action”, 20 personnes ont expliqué pour quelles raisons elles n'entreprenaient aucune démarche. Les motifs de cette absence d'action sont les suivants :

Dans 40% des cas c'est parce qu'elles estiment que toute action va mener à une absence de résultat et que rien ne

changera vraiment. Pour 30% d'entre elles, elles estiment que faire face à la violence relève de leur profession.

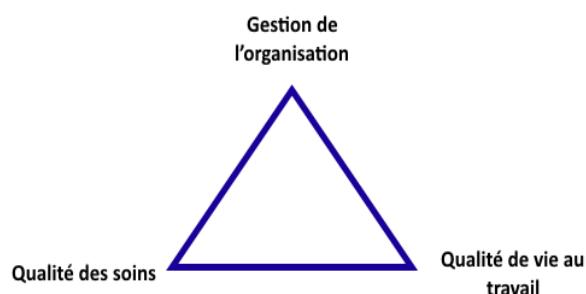
À la question "Pensez-vous qu'une formation vous aiderait à mieux gérer la violence ?", 75% des personnes interrogées ont répondu oui soit 81 personnes. Parmi elles, 75% (61 personnes) souhaitent recevoir une formation sur la communication et médiation de crise ainsi que 53% (43 personnes) souhaitent recevoir une formation sur le repérage des signes de violence et l'analyse des différentes situations d'agressivité et de violence.

COM_IDEN				
COM_IDEN	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pourcentage cumulé
0	20	24.69	20	24.69
1	61	75.31	81	100.00

PREV				
PREV	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pourcentage cumulé
0	38	46.91	38	46.91
1	43	53.09	81	100.00

III. L'impact de la violence sur l'organisation de soins

La violence a pour conséquence d'impacter trois piliers :



Source : réalisation personnelle

1. L'impact au niveau organisationnel

Tout d'abord, les comportements violents peuvent avoir des répercussions sur l'établissement en lui-même. Un établissement où la violence est fortement présente peut engendrer une image négative et ainsi perdre une partie de sa patientèle au profit d'autres établissements. Cette image

négative peut également faire fuir une partie de son personnel et peut engendrer une réduction de sa capacité de recrutement.

De plus, en termes de gestion, la violence peut générer une augmentation de l'absentéisme et donc un turn-over fort. Par conséquent il peut être difficile de conduire des projets de soins sur le long/moyen terme ainsi de ce fait la qualité des soins est impactée.

« Au-delà des conséquences physiques et psychiques que les professionnels subissent, les institutions hospitalières doivent supporter un coût non négligeable en termes de perte de capital de travail et de réparation des dégradations subies »⁴⁵. Un coût supplémentaire est également engendré avec la mise en place d'actions concrètes pour prévenir et réduire ce phénomène de violence ou pour le réparer.

Cette démarche de "sécurisation" doit être mise en place par le directeur d'établissement afin de répondre à son obligation de protection de son personnel. L'article **L4121-1 du Code du travail** dispose que *"L'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs."*

Par ailleurs, **selon l'article 11, alinéa 3, du statut général des fonctionnaires⁴⁶**, la collectivité publique est tenue de protéger les fonctionnaires contre les menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou outrages dont ils pourraient être victimes, à l'occasion de leurs fonctions et de réparer, le cas échéant, le préjudice qui en est résulté. Cette protection est également assurée aux agents publics non titulaire. Deux conséquences découlent de cette protection. D'une part les auteurs de tels faits pourraient être poursuivis par le juge répressif, l'établissement étant amené à porter plainte contre X. D'autre part, l'établissement est tenu de protéger son agent en intervenant sous forme d'assistance administrative et juridique, de prise en charge des frais de procédure et de l'indemnisation du dommage subi. Dans ce cas, la collectivité publique est subrogée aux droits de la victime pour obtenir des auteurs des menaces ou attaques la restitution des sommes versées au fonctionnaire intéressé.

Sur la base des articles **R. 1112-48 à R. 1112-50 du Code de la santé publique**, le directeur d'établissement public peut exercer un pouvoir disciplinaire à l'égard des usagers de l'hôpital. Ainsi lorsqu'un malade, dûment averti, cause des désordres persistants, le directeur prend, avec l'accord du médecin responsable de pôle ou de l'unité, toutes les mesures appropriées pouvant aller

⁴⁵ SAMBUC R. (2004) Violences et santé : rapport du Haut comité de la santé publique.

⁴⁶ Loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires. N° 83-634.

jusqu'au prononcé de la sortie de l'intéressé. Il en va de même en cas de dégradations sciemment commises. Toutes ces dispositions participent à la garantie d'une qualité de vie au travail acceptable pour les personnels.

Les violences ont un impact financier mais également psychologique pour ceux qui les subissent.

2. La violence, un facteur de risques psychosociaux

“Il y a une réelle souffrance. Pourquoi personne n'ouvre les yeux.”⁴⁷

“Il y a de la souffrance, la seule chose qui fait tenir c'est les patients. L'ambiance de travail est pourrie mais on le fait pour les patients. Il y a de la souffrance et tu en parles entre collègues et devant les patients tout le monde garde le sourire. Les patients c'est ce qui nous tient.”⁴⁸

Entre 2003 et 2013, « [...] la proportion de salariés ayant des rapports tendus avec le public (patients ou accompagnateurs par exemple) a augmenté, en particulier pour les professions les plus exposées : les agents d'entretien (19 % en 2003, 32 % en 2013), les aides-soignants (43 % en 2003, 56 % en 2013) et les infirmiers et sages-femmes (54 % en 2003, 66 % en 2013). »⁴⁹ Parallèlement les tensions entre collègues et avec la hiérarchie ont diminué sur cette même période quelle que soit la profession exercée dans le secteur hospitalier. L'étude montre également l'importance de l'entraide entre collègues qui reste « un trait caractéristique fort de l'hôpital » qui « est d'ailleurs nettement plus élevée que dans les autres secteurs de l'économie ».

Les risques psychosociaux *“recouvrent les risques professionnels perçus et vécus par les salariés comme portant atteinte à leur santé mentale et, secondairement, physique.”* Ils résultent d'une combinaison entre les dimensions individuelles, collectives et organisationnelles de l'activité professionnelle⁵⁰. Plusieurs facteurs peuvent en être à l'origine : externes à l'individu (relations interpersonnelles, organisation du travail) ou propre à la personne (expérience, situation...). *“Si le professionnel est exposé à ces facteurs, des troubles physiques, psychiques ou comportementaux*

⁴⁷ Entretien avec une infirmière, Annexe III.

⁴⁸ Entretien avec un interne en médecine, Annexe III.

⁴⁹ Dossier : « Les conditions de travail dans les établissements de santé » Édition 2014, p. 19 in Panorama des établissements de santé - DREES. <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/panorama2014.pdf>.

⁵⁰ BOISSIERES DUBOURG F. Les soignants face au stress : comment se prémunir contre l'épuisement professionnel. Rueil-Malmaison : Lamarre. 2012. 2^e édition. p 143.

*peuvent apparaître »*⁵¹ tels que l'asthénie, des douleurs diverses, des insomnies, des troubles thyroïdiens, un absentéisme, voire une dépression ou des idées suicidaires. D'ailleurs, le stress, aiguë comme chronique, et le syndrome d'épuisement professionnel font partie des risques psychosociaux.

Selon LEGERON P., la violence peut être un facteur étiologique du stress. Les comportements violents, leurs fréquences et leurs gravités dans certains services, peuvent faire naître chez les professionnels de santé un sentiment d'insécurité au travail. LEGERON affirme que ce *“sentiment d'insécurité, le fait de travailler la peur au ventre, affecte de plus en plus de personnes. Cette angoisse les fait vivre dans un état de stress permanent”*⁵².

Le stress est *“une réponse non spécifique de l'organisme aux facteurs d'agressions physiologiques et psychologiques ainsi qu'aux émotions qui nécessitent une adaptation”*⁵³. SELYE H., que l'on a surnommé le « Einstein de la médecine », a en 1936 découvert que l'organisme devant une agression – émotion, intoxication, températures excessives – essaie, après avoir subi la réaction d'alarme, de s'adapter. Mais si l'agression persiste, les réserves d'énergie d'adaptation s'épuisent et c'est la mort. La découverte du fameux syndrome d'adaptation (S.G.A.) a été d'une extrême importance aussi bien dans le domaine médical que dans le domaine paramédical.

Le syndrome général d'adaptation se compose de trois phases successives. La première est la phase d'alarme, face à un événement stressant notre organisme nous alerte par des manifestations biologiques (adrénaline), des réactions physiologiques (tachycardie, sueurs etc.) et psychologiques (peur, irritabilité). Ce que BOISSIERES F. nomme *“le stress qui sauve”*⁵⁴.

Si le facteur de stress persiste, alors l'individu entre dans la phase de résistance. Notre organisme s'adapte à l'agent stressant qui se prolonge : il va chercher un nouvel équilibre et puiser dans ses ressources. Ce que BOISSIERES F. nomme *“le stress qui use”*⁵⁵.

⁵¹ *Ibid.* p 143.

⁵² LEGERON P. Le stress au travail. Paris : Odile Jacob. 2001. p 112.

⁵³ SELYE H. The Stress of Life, McGraw Hill (en français Le Stress de la vie. Le problème de l'adaptation, Gallimard, coll. « L'avenir de la science », (1^{re} éd. en 1962, 2^e éd. en 1975).

⁵⁴ BOISSIERES DUBOURG F. op.cit. p 33.

⁵⁵ *Ibid.* p 33.

Enfin, si l'agent anxiogène persiste toujours, le sujet entre dans la phase d'épuisement. Ses ressources deviennent alors insuffisantes et il finit par être dépassé par les événements. Ce que BOISSIERES F. nomme *"le stress qui tue"*⁵⁶.

Lorsque le stress se chronicise en milieu professionnel, apparaît alors ce que l'on appelle l'épuisement professionnel ou le *burn-out*. Ce terme, apparaît d'ailleurs dans les années 1970 pour décrire l'épuisement au travail de professionnels de l'aide et du soin. *« Le burn-out est une réponse psychologique au stress chronique d'un travail à caractère interpersonnel et émotionnel »*⁵⁷

Ce terme provient du verbe anglais *to burn*, qui signifie – brûler - en français. Les propos de FREUDENBERGER sont parlants : *« je me suis rendu compte au cours de mon exercice quotidien que les gens sont parfois victimes d'incendie tout comme les immeubles ; sous l'effet de la tension produite par notre monde complexe, leurs ressources internes en viennent à se consumer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte. »*⁵⁸

Les professionnels de la relation d'aide et de soins sont les plus touchés puisque l'essence même de leur métier est basée sur des échanges relationnels. Cet épuisement professionnel conduit à une dépression et des séquelles psychologiques graves qui amènent la personne à ne plus pouvoir exercer ses activités tant professionnelles que privées.

L'exposition à des violences répétées et persistantes n'est pas l'unique facteur conduisant au stress et à l'épuisement professionnel mais ajouter à l'ensemble des conditions de travail qui sont celles du secteur hospitalier, cela est indéniablement l'évènement indésirable de trop.

" Il y a un ras le bol - de la part du personnel -, on est dans un contexte avec une pression d'efficience d'efficacité, de rendement auprès du personnel avec un sous-effectif et s'ajoute à ça la violence.

En gros c'est un peu comme je disais tout à l'heure, les patients qui viennent à l'hôpital avec un problème médical comme prétexte mais il y a plein d'autres soucis et bien c'est pareil pour les personnels : on médiatise la violence des patients mais la vraie souffrance du personnel soignant se situe plus dans la pression hiérarchique qu'ils subissent pour être efficaces. Il y a donc une perte de

⁵⁶ Ibid. p 34.

⁵⁷ EL AKREMI A. ; GUERRERO S. ; NEVEU J.P. Comportement organisationnel : justice organisationnelle, enjeux de carrière et épuisement professionnel. Paris : De Boeck. Volume 2. 2006. p 265.

⁵⁸ FREUDENBERGER H., Burn-out - L'épuisement professionnel : la brûlure interne, Chicoutimi, Québec, G. Morin, 1987.

la signification de leur métier il y a moins d'humain et à cela s'ajoute la violence des patients et ça c'est la goutte d'eau qui fait déborder le vase et c'est cela qu'on met en lumière. La violence des patients aurait moins d'impact s'ils avaient - les professionnels - un meilleur environnement de travail. C'est comme une pelote que tu détricotes, il faut regarder les causes des causes et souvent il y a un problème de base qui est loin du problème final. C'est comme si pour soigner quelqu'un qui a de la fièvre tu cassais le thermomètre, en disant voilà il n'a plus de fièvre et bah non c'est faux pour faire passer la fièvre il faut des antibiotiques."⁵⁹

3. Une entrave à la qualité des soins

Les professionnels de santé ne sont pas les seuls touchés par la violence et de l'insécurité. Les malades en sont aussi victimes. La violence envers les professionnels de santé et l'insécurité ont des conséquences sur la qualité des soins car elles induisent une baisse d'efficacité, de réactivité, d'attention au processus de décision, une remise en cause professionnelle, ainsi qu'une augmentation du niveau de stress⁶⁰.

Les comportements violents sont à l'origine de modifications de la prise en charge des patients en générant d'une part, une possibilité de prise en soins altérée et d'autre part, un cadre de travail détérioré pour certains professionnels. Ainsi le lien entre qualité de vie au travail et qualité des soins n'est plus à démontrer. D'autant plus que la Haute Autorité de Santé a depuis 2010, intégré le paramètre de la qualité de vie au travail dans la certification des établissements de santé.

Lors des entretiens semi-directifs menés, j'ai posé la question de savoir si la violence avait un impact sur la qualité des soins dispensés. Tous les interrogés m'ont répondu positivement :

*"Oui totalement, complètement car du coup, pourtant ce n'est pas ce qu'on t'apprend, mais tu veux moins y retourner dans les chambres où tu te fais agresser, tu réagis en disant "bon bah lui passera en dernier" car c'est humain de réagir comme ça. Le soin n'est pas le même."*⁶¹

⁵⁹ Entretien avec un interne en médecine.

⁶⁰ MAURANGES A., « Le manuel à l'usage des soignants : stress, souffrance et violence en milieu hospitalier », MNH, 2001.

⁶¹ Entretien avec une infirmière de bloc opératoire, annexe.

“Clairement oui, si tu as quelqu’un qui se sent affaibli elle va se renfermer et ne pas être en confiance donc elle risque de faire des erreurs médicales.”⁶²

“Oui bien sur parce que le personnel est fatigué, sur la défensive donc on est parfois moins investi dans notre travail et on perd notre empathie, dépersonnalisation.”⁶³

HESBEEN W. définit les déterminants d’un soin de qualité par *“l’accueil, l’écoute, la disponibilité, et la créativité des soignants, combinés à leurs connaissances de nature scientifique et habiletés techniques”*.⁶⁴ Le stress des professionnels que causent la violence, l’absentéisme, ainsi que le temps pris par les soignants pour canaliser la personne violente, sont autant de raisons entravant la réalisation de soins de qualité. En conséquence, pour le patient, ces situations peuvent conduire à des erreurs médicales, à une diminution de l’offre de soins et donc à une perte de chance.

Face à ces phénomènes de violence, les établissements, appuyés par les pouvoirs publics, ont développé des moyens d’actions pour prévenir et lutter contre les actes perpétrés dans leurs établissements.

Partie III. Le développement des mécanismes de résilience des établissements de santé face à la violence

Les pouvoirs publics se sont saisis rapidement de la question des violences en milieu de santé et de manière très active comme le démontre la succession de circulaires et d’instructions en la matière. Ces textes réglementaires ont conduit à la création de l’observatoire national des violences en milieu de santé et à la constitution de groupes de travail qui ont élaboré des guides nationaux sur la prévention des violences (I). En 2016, à la suite des attentats terroristes qui ont touché la France, le renfort de la sécurisation et les questions relatives à la sûreté des établissements de santé se fait ressentir. C’est dans ce contexte que naît le plan de sécurisation (II).

⁶² Entretien avec un interne en médecine, annexe.

⁶³ Entretien avec une infirmière, annexe.

⁶⁴ HESBEEN W., *La qualité du soin infirmier : penser et agir dans une perspective soignante*. Paris, Edition Masson, 1998.

I. La mise en place d'une politique de prévention des atteintes aux personnes et aux biens en milieu de santé

*“Enfin, je souhaite tout particulièrement insister sur les mesures de prévention des actes de violence dont les professionnels de santé, tous secteurs confondus, peuvent être les victimes. Outre un agencement adapté des locaux et la mise en place de dispositifs humains et matériels de surveillance dans les lieux les plus exposés à des risques d'incivilité et de violence, il convient de renforcer et poursuivre les campagnes de formation et de sensibilisation de l'ensemble des professionnels de santé. J'entends que dans ce champ des efforts importants soient rapidement réalisés.”*⁶⁵ La prévention est essentielle quand il s'agit de lutter contre un phénomène en expansion ainsi une stratégie au niveau nationale a été conçue (1) afin d'axer les actions à mettre en place pour les dirigeants d'établissement (2)

1. Une stratégie nationale de lutte contre les violences en milieu de santé

1.1 Le ministère de la santé proactif en la matière

Dès 2000, le ministère de la santé a appréhendé et mesuré l'impact possible de cette problématique en diffusant la première circulaire relative à la prévention et à l'accompagnement des situations de violence dans les établissements⁶⁶. À partir de cette date, les circulaires et instructions n'ont pas fini de se multiplier renforçant toujours plus le dispositif de prévention en la matière.

L'ONVS ne se contente pas seulement de produire des éléments statistiques en la matière (Partie 2-I), mais il joue aussi un rôle important dans l'élaboration de recommandations à destination des établissements de santé afin de les aider dans cette démarche de lutte constante. Ainsi, il a rédigé un guide relatif à la prévention des atteintes aux personnes et aux biens en milieu de santé recensant les dispositifs mis en place sur le territoire. Une politique de prévention passe par trois axes : **la prévention primaire, secondaire et tertiaire.**

La prévention primaire consiste à prévenir le fait avant qu'il ne se manifeste en agissant sur l'environnement et l'organisation. La prévention secondaire s'intéresse aux réactions immédiates

⁶⁵ DEBEAUPUIS J. dans INSTRUCTION N°DGOS/RH3/2013/371 du 24 octobre 2013 relative à la prévention des faits de violence dans le milieu de la santé.

⁶⁶ Circulaire DHOS 2000-609 du 15 décembre 2000.

lors de la survenue d'un fait et à la formation des agents à la gestion des situations à risques. Et enfin, la prévention tertiaire intervient après un évènement et doit agir sur la prise en charge et l'accompagnement de la victime ainsi que sur la réparation du préjudice subi.

La résorption de la violence ne peut se faire sans une action coordonnée et transversale menée simultanément par les acteurs de l'ensemble des champs de la société. De ce fait le ministère de la santé n'est pas le seul à opérer en la matière et afin d'entrer dans un processus de prise en charge collective et globale, il est nécessaire d'associer d'autres acteurs, notamment ceux du champ de la sécurité et de la justice.

1.2 L'institution de partenariat interministériel : la signature des conventions santé-sécurité-justice

La volonté de répondre aux attentes des professionnels de santé confrontés à des situations de violence et d'insécurité a conduit les ministères de la Justice, de l'Intérieur et de la Santé à développer un partenariat spécifiquement adapté pour ces professionnels. Cette volonté d'agir ensemble s'est traduite par la signature d'un premier protocole signé le 12 août 2005 entre le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Intérieur. Ce protocole est venu institutionnaliser les liens entre l'hôpital et les forces de l'ordre territorialement compétentes. Il a été actualisé et complété par celui du 10 juin 2010 qui formalise l'engagement partenarial de l'autorité judiciaire. Ces accords renforcent la coopération entre lesdits établissements et les services de l'État compétents en matière de prévention de la violence et de traitement de la délinquance et font naître un véritable socle de collaboration locale et de proximité pour répondre aux problématiques concrètes de chacun.

“ Dans la convention santé-sécurité-justice, on retrouve une organisation en cas d'attaque terroriste mais également elle permet des échanges d'informations sur des patients ou des personnels qui peuvent être soupçonnés de radicalisation. Cela permet une collaboration entre les différents secteurs. [...] La convention existait déjà pour les violences quotidiennes pour alerter les forces de l'ordre et pour qu'elles puissent intervenir tout de suite. Ces conventions permettent donc d'avoir une intervention précoce et de faciliter le dépôt de plainte. Ainsi les services de police et le parquet peuvent se déplacer pour entendre les personnels victimes et recueillir leur plainte pour ne pas qu'ils aient à se déplacer au commissariat.

La protection fonctionnelle offerte par ces services n'est pas assez connue. Par exemple lors de dépôt de plainte et de procès, la victime a la possibilité de donner comme lieu de domiciliation l'adresse

*de l'hôpital au lieu de leur adresse personnelle pour ne pas que les auteurs aient leur adresse etc. Il y a une protection avec des mécanismes mais qui sont peu connus et utilisés.*⁶⁷

Cette prise en main par les pouvoirs publics a permis à l'ensemble des acteurs concernés de se mobiliser pour élaborer et mettre en place des mesures palliatives à la violence que ce soit pour la prévenir, pour s'y préparer, pour l'affronter ou pour la contrôler.

2. Les actions stratégiques de prévention et de lutte contre la violence

La circulaire du 15 décembre 2000 vient définir les grands axes d'une politique de prévention des situations de violence : renforcer les compétences des agents via des formations en matière de prévention des phénomènes de violence, mise en place de mesure d'amélioration de l'accueil visant à diminuer l'agressivité, mise en place d'équipements de sécurité, lorsque le diagnostic le justifie, renforcement des personnels d'accueil et de sécurité.

À partir du constat fait en seconde partie de ce mémoire, il est nécessaire d'agir sur les causes qui ont provoqué les violences : temps d'attente jugé excessif, reproche relatif à la prise en charge etc. en menant des actions d'ordre structurel (2.1) et organisationnel (2.2). Mais il est également nécessaire de donner les outils intellectuels aux personnels afin de pouvoir gérer personnellement des situations difficiles et de les accompagner dans leur démarche (2.3).

2.1 Les actions sur le plan structurel

L'accueil et les conditions d'attentes des patients ont une importance primordiale dans la lutte contre les violences. Une attitude adaptée du personnel peut réduire l'expression de celles-ci (courtoisie, disponibilité, empathie). Mais également les caractéristiques physiques d'un lieu de travail contribuent de façon déterminante à désamorcer ou éventuellement déclencher la violence. Ainsi, une importance particulière doit être accordée au niveau d'exposition et à la manière dont les travailleurs, les malades et les visiteurs sont exposés aux facteurs environnementaux. Il est nécessaire d'avoir une attention particulière pour la propreté des lieux, l'éclairage afin d'améliorer la visibilité dans toutes les zones, en particulier les accès et les parkings, spécialement la nuit, la signalétique, les niveaux sonores pour éviter l'irritation et la tension parmi les travailleurs, les visiteurs et les malades. La conception du lieu de travail doit prendre en compte le contexte

⁶⁷ Entretien avec Monsieur LEGALL Loïc, Chef de l'unité "Planification de défense" au sein du service du Haut Fonctionnaire de Défense et de Sécurité (SHFDS).

particulier d'éventuels actes de violence et agressions au travail notamment dans les zones ouvertes au public.

C'est pourquoi les accès au lieu de travail doivent être sécurisés, les zones d'accès publiques doivent être restreintes, l'espace entre les visiteurs et les malades doit être suffisamment grand pour réduire les interférences personnelles et la création de tension, les zones d'attentes doivent comporter des mobiliers confortables et des activités (lecture, télé, jeux pour enfants) pour éviter l'ennui. De plus le mobilier doit être disposé de façon à ce que le personnel ne se sente pas pris au piège.

La mise en place de système de caméras de surveillance et d'alarme est efficace dans la dissuasion des éventuels auteurs. Comme me l'explique Monsieur LEGALL Loïc, *la vidéosurveillance a un rôle en partie qui est dissuasif, extrêmement fort* - mais également un rôle a posteriori à des fins d'enquêtes pour permettre l'identification des auteurs de violence - *quand une enquête de police est menée on arrive à interpellier des auteurs et à les juger grâce aux preuves vidéo.*

2.2 Les actions sur le plan organisationnel

Un rang élevé de priorité doit être accordé aux interventions au niveau de l'organisation. Il est en général beaucoup plus efficace et moins coûteux de régler le problème de l'organisation à la source que d'augmenter la capacité d'adaptation par une intervention au niveau individuel ou une action sur les effets de la violence sur chaque travailleur. Ainsi, le personnel présent doit être suffisamment nombreux et qualifié notamment en période de forte affluence, la nuit ou encore dans les services d'admissions et de soins intensifs. Également, les horaires de travail doivent être gérés de façon à éviter toute pression excessive : par exemple le recours massif aux heures supplémentaires doit être évité.

Il est nécessaire d'instaurer des roulements du personnel pour les tâches particulièrement difficiles, d'organiser des équipes pour ne jamais avoir un personnel isolé. Pour réduire un sentiment latent d'insécurité souvent exprimé par le personnel soignant, il convient d'axer une réflexion particulière sur les équipements et procédures d'alerte auxquels il doit être amené à recourir en cas de nécessité, notamment dans les services les plus exposés que sont la psychiatrie et les services d'urgence.

Une bonne circulation de l'information et une communication sans entrave avec le personnel au sein des services peuvent sensiblement réduire le risque de violence au travail en désamorçant les tensions et les frustrations chez les travailleurs. Elles contribuent particulièrement à faire tomber le tabou du silence qui entoure souvent les cas de harcèlement psychologique. Les réunions du personnel, de bureau, les discussions de groupe et la formation collective sont fortement

encouragées. Tout comme il est indispensable également d'établir une communication claire entre le personnel et les patients et accompagnants car un manque d'information et de communication entre patients/soignants est une source évidente de tension et d'incompréhension. Cela vaut en particulier lorsque des personnes sont en situation de détresse ou soumises à de longues attentes, comme c'est souvent le cas dans les services de traumatologie et des urgences. Une communication et une information à l'égard des usagers sur la violence doivent être réalisées, ainsi il est recommandé d'établir, distribuer, afficher et appliquer des protocoles ou des codes de conduite expliquant les obligations et les droits des malades, des parents et des amis et de publier les sanctions applicables en cas de violence à l'encontre du personnel.

Une bonne gestion des flux est primordiale, le flux des patients et l'horaire des rendez-vous doivent être régulés en fonction des besoins et des ressources pour éviter des phénomènes de forte d'affluence et réduire l'attente au maximum.

2.3 Les mesures axées sur les personnes

Il est impératif d'élaborer des interventions propres à renforcer la capacité de chaque personne à aider et à prévenir la violence au travail. La formation aux moyens de faire face à la violence est un appui incontournable de toute politique de prévention et de gestion des manifestations de violence. Lorsque j'ai interrogé du personnel sur la question de savoir s'ils avaient reçu des enseignements sur la violence et la gestion de celle-ci lors de leur cursus, tous m'ont répondu par la négative.

*"Il me semble qu'on a eu un cours, mais on était très accés psychiatrie, mais dans un service lambda non. Quand tu es lâchée de l'école tu as la réalité de l'hôpital en pleine face, on te couve quand tu es étudiant "le métier que tu vas faire est super" mais en réalité tu te prends un mur."*⁶⁸

*"En étude de médecine, on a aucun cours là-dessus, seulement trois cours sur la psychologie médicale sur l'annonce de diagnostic. On apprend à gérer ça sur le terrain."*⁶⁹

*"Non. On faisait des jeux de rôle sur les relations médecin malade mais pas centrés sur la violence mais sur la communication. En psychiatrie, ils ont un cours il me semble, mais même en psychiatrie, même eux ils ne sont pas prêts ils pourraient être beaucoup mieux formés."*⁷⁰

⁶⁸ Entretien avec une infirmière de bloc opératoire, Annexe III

⁶⁹ Entretien avec un interne en médecine, annexe

⁷⁰ Entretien avec un interne en médecine, annexe.

“Non et c’est bien dommage j’aurais aimé un module consacré à la gestion de la violence. J’ai dû moi-même apprendre sur le terrain et à côté me renseigner sur des techniques de communication positive.”⁷¹

De même, que 70% des enquêtés ayant répondu à mon questionnaire ont répondu “oui” à la question de savoir si une formation les aiderait à mieux gérer les situations de violence.

Une attention particulière doit donc être portée à la sensibilisation et à la formation de l’ensemble du personnel sur son rôle en matière de vigilance, de prévention et de réaction face aux situations de violence dans le cadre de l’amélioration de la sécurité de l’établissement.

Un système de déclaration et d’enregistrement des signalements de violence doit être mis en place pour déterminer les lieux et les activités professionnelles où la violence peut constituer un véritable problème. Tous les incidents incluant à la fois violence physique et psychologique ainsi que les incidents mineurs n’ayant pas entraîné de dommages véritables doivent être signalés et enregistrés. Une prise en charge médicale doit être disponible immédiatement pour les personnes affectées par les actes de violence ainsi qu’un accompagnement psychologique avec la constitution d’un groupe de parole pour débriefer sur la situation afin d’atténuer les effets de la violence et d’apporter un soutien. Un accompagnement judiciaire doit également être mis en place par la direction qui se doit d’accompagner son personnel victime dans le processus du dépôt de plainte et la réparation du préjudice subi en se subrogeant à la victime.

L’ensemble de ces actions doivent faire l’objet d’une évaluation régulière afin de s’assurer de leur efficacité, notamment en instaurant un suivi des résultats des mesures adoptées et en mettant en place une gestion des risques axée sur la violence pour assurer la permanence de la lutte dans les organisations. Ces mesures de prévention et de protection concourent à la politique de sécurisation de l’établissement et sont, depuis 2016, regroupées et formalisées dans un seul et même plan : le plan de sécurisation d’établissement.

⁷¹ Entretien avec une infirmière, annexe.

II. Le plan de sécurisation d'établissement : la formalisation d'une politique de sécurité-sûreté à l'hôpital

Comme dit précédemment, le plan de sécurisation est une création de 2016 en réponse aux menaces terroristes qui pèsent sur l'hexagone. *“Je pense que la prise en compte de l'exposition au risque vis-à-vis de la menace terroriste est le déclencheur de l'instruction ministérielle de novembre 2016. Sans cette menace il n'y aurait pas eu ce plan de déclenché.”*⁷² Pourtant, à l'inverse de la majorité des croyances, ce plan n'a pas pour seul objectif la protection contre les menaces terroristes. L'objectif vise bien à protéger les établissements, tant contre les violences au quotidien que contre la menace terroriste, aujourd'hui multiforme.

1. L'enjeu de développer une culture de sécurisation à l'hôpital

1.1 La sécurité-sûreté : l'affaire de tous

L'hôpital est vu à l'image d'un lieu sanctuarisé et de ce fait il est perçu comme un lieu dans lequel rien ne pourra arriver. Pourtant, depuis plusieurs années les lieux sanctuarisés, sacrés se sont vu exposés aux menaces extérieures, tel est le cas des lieux de culte, mais aussi des écoles.

“Quel que soit le niveau des établissements cette prise en compte de la menace n'est pas très forte. Certains directeurs sont particulièrement attentifs, sensibles à la démarche de sécurisation, en réalité c'est une histoire de personne qui fait que l'établissement va s'engager dans cette démarche. Mais un établissement de santé a toujours cette image d'être un sanctuaire et donc un sanctuaire ça ne s'attaque pas et c'est difficile de sensibiliser l'établissement, la direction et le personnel vis-à-vis de ce risque car la menace existe mais pas « chez nous », LEGALL Loïc.

Pour développer cette culture de la sûreté, il est impératif d'avoir un engagement de la direction, en premier lieu. En tant que capitaine, c'est à elle de montrer le cap à suivre et les conduites à tenir. Ainsi, la DGOS et le SHFDS des ministères sociaux énoncent dans les points clés d'une politique de sécurisation dans les établissements de soins⁷³, qu'il faut *“intégrer le paramètre « sécurité-sûreté » dès l'origine de tout projet, que ce soit dans le projet d'établissement, dans les projets de construction (dès la phase programme) ou les projets de soins, afin de passer la réaction à la prévention et de réduire les coûts.”* En effet, il est beaucoup plus difficile et coûteux de

sécuriser des lieux et des pratiques une fois que ces derniers sont déjà construits et mis en place.

⁷² Entretien avec LEGALL Loïc.

Ainsi les actions du plan de sécurisation doivent servir de “fil rouge” au sein de la stratégie managériale de l’établissement.

Mais l’engagement de la direction, s’il est impératif, n’est pas suffisant. En effet, l’ensemble des membres de l’établissement doivent être impliqués (agents, patients, prestataires, visiteurs...). Pour qu’une politique, quelle qu’elle soit, soit efficace encore faut-il qu’elle soit connue de tous et comprise par l’ensemble des personnes. Par exemple, si du jour au lendemain certains accès bâtimentaires sont limités seulement à certaines personnes alors qu’auparavant tout le monde pouvait y accéder, s’il n’y a pas de communication autour de cette mesure et si elle n’est pas expliquée alors personne ne la comprendra pas et donc personne ne l’intégrera.

Ainsi l’élaboration d’une telle politique doit reposer sur une co-construction basée sur une notion de gagnant-gagnant : pour l’établissement posséder une politique de sûreté fonctionnelle et adaptée, pour les professionnels travailler en sécurité sur leur lieu d’exercice et pour les patients être soignés dans un lieu sûr et sécurisé.

La formation des professionnels aux problématiques de violence et de sécurité-sûreté est donc essentielle à la mise en œuvre fonctionnelle des mesures. De ce fait le plan de formation national présenté par l’Instruction ministérielle en date du 16 juillet 2018⁷⁴ relative aux orientations retenues pour 2019 en matière de développement des compétences des personnels des établissements de la fonction publique hospitalière reconduit la formation créée en 2018 *“Former des 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, violences, actes malveillants, accidents majeurs, menace terroriste et attentats)”*. L’objectif de cette formation est de disposer, sur l’ensemble du territoire, de professionnels de santé sensibilisés aux réactions à tenir face aux incivilités, violences et attaques terroristes. Elle s’inscrit en cohérence avec les modules de formation aux enjeux de sécurité qui ont été mis en place cette année dans le cadre de la formation initiale du personnel de direction, médical, paramédical et administratif dispensée à l’EHESP. Il s’agit bien de développer une véritable « culture pérenne de la gestion des risques et de la vigilance », permettant une réaction individuelle et collective efficace face aux violences et aux menaces de plus en plus variées et propre à garantir l’accueil et la qualité de l’offre de soins dus aux patients.

⁷⁴ Instruction N°DGOS/RH4/DGCS/4B/2018/175 du 16 juillet 2018

2.2 Les difficultés constatées pour ancrer la culture de sûreté à l'hôpital

La première difficulté rencontrée a déjà été évoquée précédemment, c'est celle de l'acculturation. Parler de violence, de menaces terroristes et de plan de sécurisation, laissent perplexes le corps hospitalier et pourtant il faut que ces thématiques deviennent l'affaire de tous.

La seconde difficulté réside dans le manque de financement de ces mesures. La sécurisation d'un établissement de santé a un coût et d'autant plus lorsque celle-ci n'a pas été pensée et conçue lors de la construction de l'établissement. Or, aujourd'hui très peu d'hôpitaux se construisent au vu de la somme astronomique que cela représente. Il faut donc sécuriser des bâtiments construits à une époque où ces problématiques n'étaient pas, ou très peu d'actualité. De plus, il y a toujours d'autres coûts dans un hôpital afférent à la qualité de la prise en charge ou encore à la qualité de vie au travail qui passent avant les mesures de sûreté.

« Les hôpitaux sont toujours ouverts le plus possible sur la ville et ils ont une maîtrise des coûts la plus juste et l'intégration en amont de la sûreté de l'établissement était un centre de coût jugé comme accessoire VS la sécurité incendie qui elle fait appel à un cadre normatif bien posé et développé depuis des années (arrêté du 25 juin 1980 qui impose et structure la prise en compte de ce risque). S'agissant de la sûreté/malveillance il n'existe pas de cadre normatif bien établi et comme on n'a pas cette contrainte réglementaire on s'en affranchit. »

La sûreté, c'est pareil que l'adage : « la sécurité ça n'a pas de prix mais ça a un coût ». Ce frein est extrêmement pénalisant pour la sécurisation des établissements de santé. C'est la raison pour laquelle on a réussi à débloquer 25 millions par an pendant 3 ans mais au regard de ce qui a été chiffré par les hôpitaux ayant réalisé leur PSE, les besoins financiers nécessaires pour couvrir tous les établissements de niveau I et II sont 7 fois supérieurs aux 75 millions débloqués sur 3 ans. »⁷⁵

2. L'élaboration du plan de sécurisation : la participation au PSE du Centre Eugène Marquis.

Depuis 2016, la politique de sécurisation des établissements de santé est consignée dans un document de référence : le PSE. Ce plan opérationnel (2.1) vient s'ajouter aux deux autres déjà bien connus à l'hôpital : le plan blanc et le plan de continuité d'activité (PCA). Par l'application de ces trois plans, la sécurité-sûreté est assurée à tous les niveaux. Mais comment sécuriser un lieu

⁷⁵ Entretien Loïc LEGALL

qui part nature est ouvert à tous, 24H/24H et 7 jours sur 7 ? La protection passe par une analyse pointilleuse des risques et surtout une identification des points de névralgies de l'établissement (2.2)

2.1 Le plan de sécurisation : un véritable plan opérationnel

Afin d'apporter un soutien aux établissements réalisant la rédaction de leur PSE, un guide à l'élaboration de ce dernier a été réalisé au niveau national pour aiguiller les rédacteurs.⁷⁶ Ce guide a pour objet d'accompagner les établissements de santé dans l'élaboration et la mise en œuvre de leur plan de sécurisation d'établissement. Il accompagne les chefs d'établissements dans l'identification des risques et des menaces. Il décrit et explicite les différents chapitres devant figurer dans le PSE, ainsi que les modalités d'exercices et de révision de ce plan. Enfin, ce document d'aide se voulant pratique, il comporte des fiches opérationnelles sur la conduite à tenir face à un certain nombre d'évènements.

« C'est très difficile de réglementer la prise en compte de manière préventive de la sûreté car contrairement à l'incendie qui se développera toujours de la même manière on sait que si on supprime l'air, si on le compartimente, si on met en place des évacuations des fumées on va réussir à stopper la progression du feu. Alors qu'en sûreté, là on est toujours à malin, malin et demi, dès lors que vous mettez en place des moyens organisationnels, humains, techniques on va influencer sur ce que va choisir de faire l'auteur de malveillance et derrière, cet auteur va toujours s'adapter. », LEGALL Loïc.

Le PSE comprend donc plusieurs parties : l'analyse de risque, la sécurisation des établissements en temps normal, la sécurisation complémentaire en cas de crise/menace attentat et le fonctionnement avec les autres plans. Contrairement à ce que la majorité peut penser, le PSE est avant tout un plan qui a vocation à protéger quotidiennement les patients, les soignants et les biens de l'établissement. Il est donc structuré en quatre chapitres qui sont interdépendant les uns des autres. Les premières questions que l'on s'est posées d'emblée lorsque nous avons entrepris la rédaction de ce plan a été d'une part, celle de savoir si le PSE était un document obligatoire et d'autre part celle de savoir si nous n'étions pas éventuellement partie intégrante

du PSE du CHU de Rennes puisque le centre Eugène Marquis est situé sur le même site.

Lorsque je me suis entretenue avec Monsieur LEGALL, je lui ai donc demandé les réponses à mes interrogations :

S'agissant de savoir si le PSE est obligatoire : *« La partie III est une partie qui ne peut être faite qu'en ayant la partie II de réalisée et donc qu'une fois qu'on a fait la I. La partie III est exigible en tant*

⁷⁶ Annexe

qu'annexe du plan blanc qui lui est obligatoire et dont le cadre juridique est sanctuarisé par un décret ORSAN du 6 octobre 2016 qui impose, dans une section II SSE relative au plan blanc, les pièces qui doivent être rédigées par l'établissement et le PSE en fait partie.

Les conclusions d'une enquête démontreraient qu'il n'y avait rien de prévu car il n'y avait pas la volonté de la direction de l'établissement et cette absence de volonté est contraire à un certain nombre d'injonctions, d'une part à l'instruction de novembre 2016 mais aussi d'autre part on pourrait aller chercher le décret qui lui a une valeur juridique. »

De plus, « *la finalité est de prendre en compte l'exposition au risque qui tient compte de l'environnement géographique donc ça n'a pas de sens de faire un PSE globale à un regroupement d'établissement.* », donc un PSE propre au Centre Eugène Marquis devait être réalisé.

Le volet relatif à la sécurisation en temps normal repose sur le triptyque : la vigilance, la prévention et la protection. Comme dit précédemment, il est nécessaire de développer une culture autour de la sécurité-sûreté par l'ensemble des personnels à l'hôpital permettant d'acquérir **une culture de la vigilance**. La population présente à l'hôpital doit entrer dans une démarche d'observation systématique et signaler tout élément qui paraîtrait suspect. Il faut ainsi élaborer des processus internes indiquant les situations à risques, les comportements définis comme suspects, le mode opératoire et les personnes à avertir.

Ensuite le PSE s'appuie sur la prévention en développant les mesures préventives qu'il faut adopter pour permettre une anticipation de l'établissement vis-à-vis de ces situations de violence : planification, dissuasion, formation, surveillance. Ces actions préventives visent à réduire le risque de survenance de l'évènement violent.

Enfin, le PSE développe les mesures de protection à mettre en place pour se protéger et limiter les conséquences d'un acte violent tels que les contrôles d'accès, les circuits de dispositif d'alerte etc. Au CHU de Rennes, par exemple, les urgences, depuis mi-juillet, sont fermées au public en libre accès après 23 heures et un visiophone a été mis en place, les personnes sonnent et une hôtesse ouvre à distance. Cette mesure permet une filtration des entrées car des individus venaient simplement aux urgences pour y passer la nuit.

Le volet consacré à la sécurisation en cas d'attentat ou de crise locale traite des mesures particulières et immédiates de sécurité à mettre en œuvre notamment en cas de survenance d'un attentat au niveau local et de risques potentiels de sur-attentat pour l'établissement. Il s'agit des actions immédiates à réaliser telles que alerter, mettre en place la cellule de crise, identifier les itinéraires d'évacuation utilisables pour les personnes mobiles en cas d'attaque terroriste et définir les modalités d'emprunt, identifier les espaces et locaux permettant un confinement des patients

et du personnel (pour les personnes non déplaçables), renforcer la sécurisation du lieu par intervention des forces de l'ordre via le dossier d'intervention préalablement établi etc.

Le PSE est donc un document pratique qui doit permettre de s'interroger sur des scénarii tant quotidiens qu'exceptionnels et d'élaborer des réponses adaptées à la nature des activités et de l'environnement de l'établissement. De plus ce document opérationnel doit s'articuler avec les autres plans déjà existant comme le plan blanc, le PCA, le plan Vigipirate mais également avec les autres réglementations applicables à un établissement de santé telle que la sécurité incendie.

2.2 La protection par la diminution des vulnérabilités

Lors de mon stage au centre Eugène Marquis, j'ai eu pour mission la réécriture du plan blanc et également de travailler à la réalisation du plan de sécurisation. Vu le temps dont je disposais je n'ai pu participer qu'au premier chapitre destiné à l'analyse des risques. Rédiger un PSE n'est pas simple, comme la plupart des plans opérationnels mais d'autant plus ici qu'il est récent et confidentiel ainsi les modèles en la matière ne foisonnent pas. Afin de m'aider dans cette tâche, je suis allée à la rencontre du responsable de la sécurité au CHU de Rennes ce qui nous a permis de mieux cerner les contours de ce plan et d'avoir les contacts régionaux sur lesquels nous devons nous appuyer pour le bon déroulement de ce projet.

La politique de sécurité d'un établissement repose sur une analyse de risque à partir de laquelle les vulnérabilités propres à la structure sont identifiées. Ici est adopté le même raisonnement que celui du plan Vigipirate : évaluer la menace et les risques, connaître les vulnérabilités pour ensuite à la lumière de ces deux éléments, élaborer un dispositif de sécurité adapté. Ce diagnostic est réalisé avec le concours des forces de sécurité intérieure, référent sûreté présent au sein de la direction départementale de la sécurité publique. Ma première étape a été de réaliser un phasage de l'analyse de risque⁷⁷ que j'ai découpé en trois phases :

- Le diagnostic environnemental externe
- Le diagnostic interne de l'établissement
- Réalisation de la cartographie des risques malveillants

Le diagnostic environnemental porte sur l'interaction de l'établissement avec son environnement périphérique, sur la configuration des bâtiments, des accès au site, etc. Ensuite le diagnostic interne porte sur le contrôle des accès des bâtiments et du zonage. Les établissements de santé ont par nature un grand nombre d'entrées qu'il est difficile de maîtriser. Les résultats d'analyse ont démontré que la priorité est de niveau 1 s'agissant de la protection bâtiminaire du CEM. Le

⁷⁷Annexe IV

diagnostic interne comprend également l'analyse de risque de malveillances propres à l'établissement et également l'identification des points névralgiques. *Un point névralgique se définit par l'importance et/ou la fragilité d'un équipement ou d'une activité dont la disparition ou l'arrêt aurait des conséquences importantes sur la capacité de l'établissement à assurer ses missions de soins ou de prise en charge.*⁷⁸

Le diagnostic interne de l'établissement se fait en accompagnement des FSI qui apportent leur regard d'experts sur les questions de délinquance et aussi un appui technique dans le domaine de la sûreté. Ainsi deux référents sûreté de la police nationale sont venus réaliser un diagnostic de sécurité.

Le guide national propose une liste de risques pouvant être identifiés dans un établissement de santé. Sur la base de cette liste, j'ai réalisé une feuille de cotation des risques au sein du CEM⁷⁹. En effet, l'enjeu attaché à la prévention de chacun des risques identifiés est révélé par sa cotation. Cette démarche de cotation nécessite une estimation de la gravité du risque et de sa probabilité de survenue. Il convient ensuite d'évaluer la maîtrise du risque par l'établissement permettant ainsi de pondérer le risque identifié et d'introduire un facteur de décote.

Pour calculer le **risque initial** le calcul est le suivant : **Probabilité X Gravité (impact sur le fonctionnement de l'ES)**. Pour chaque risque identifié, on applique ce calcul. Cela nous donne la cartographie du niveau de risque initial. Il faut ensuite calculer la maîtrise du risque⁸⁰. Elle passe par trois champs de compétences pour l'essentiel :

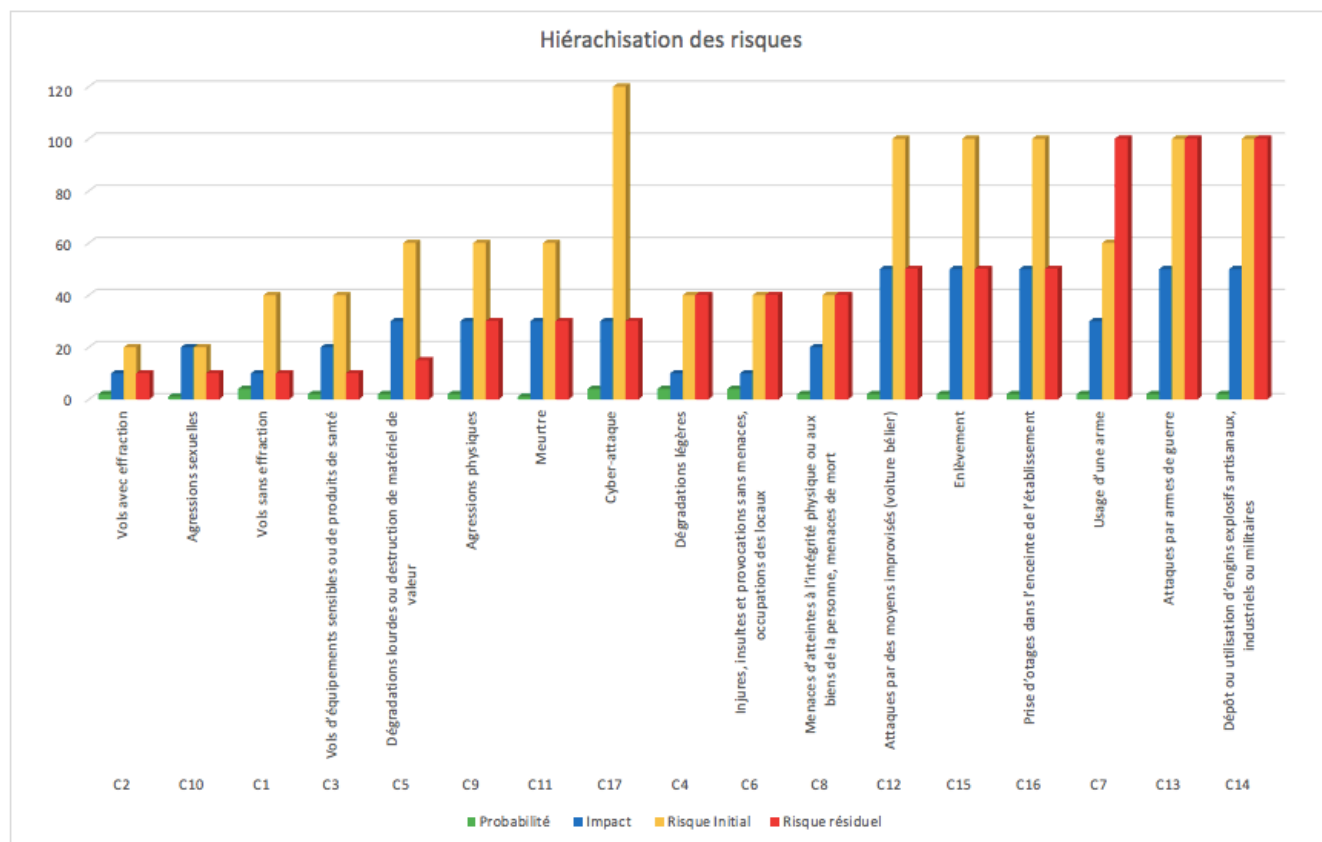
- Maîtrise technique du risque (MT) : environnement physique, protections des locaux
- Maîtrise opérationnelle du risque (MO) : actions entreprises par le CEM pour limiter l'occurrence du risque. Exemple : Maintenance préventive, vérifications périodiques des accès, procédures rédigées.
- Maîtrise organisationnelle du risque (MOR) : comportement, apprentissage, compétences des personnels.

⁷⁸ Guide d'aide à l'élaboration d'un plan de sécurisation d'établissement – SHFDS/DGOS – Avril 2017.

⁷⁹ Annexe V.

⁸⁰ Annexe V.

Une fois la maîtrise du risque calculée, on peut calculer le risque résiduel : Risque initiale x Maîtrise, c'est-à-dire le risque réellement encouru. Ensuite il est possible de hiérarchiser les risques.



Source : réalisation personnelle

La même démarche a été appliquée pour la sécurisation des accès et des bâtiments avec des feuilles de cotations et une analyse de sécurité⁸¹. Ces productions ont été réalisées sur le modèle de celles du CHU de Rennes.

Une fois seulement ces analyses faites, il est alors possible d'appréhender les mesures de prévention et de protection à mettre en place afin d'améliorer la sûreté de l'établissement.

Le PSE vient donc traduire un engagement de la part du directeur d'hôpital dans la lutte contre les violences quotidiennes et dans la mise en place d'une véritable politique de sûreté-sécurité dans

⁸¹ Réalisée dans le cadre de mon stage

son établissement. Il participe à la création d'une sécurité globale articulée autour de trois plans opérationnels : le PSE, le plan blanc, le PCA.



À l'heure actuelle, tous les établissements de niveau I⁸², ont finalisé leur PSE. En début d'année 2018, entre 70% à 80% des établissements de niveau II avaient réalisé leur PSE et s'agissant des établissements des niveaux III et IV, on observe plus de difficultés car seulement 25% l'ont réalisé.

Source : Enseignement de Christophe VAN DER LINDE à l'EHESP

Conclusion

La violence est donc une notion difficilement appréhendable, tant elle recouvre de formes et tant elle peut être analysée sous des angles différents. Ce mémoire a tenté d'en définir les contours sans en donner une définition trop restreinte laissant ainsi la libre pensée de tous s'exprimer sur le sujet. La violence est tantôt définie et classifiée par sa nature, par son auteur, tantôt analysée en fonction des caractéristiques des victimes. En réalité, elle est surtout le miroir de la norme dans une société X à un moment T. Elle est la réaction naturelle et culturelle (construite par l'homme) à l'agressivité qui habite les hommes lorsqu'ils sont confrontés à la frustration. L'objectivation de cette définition s'avère être une tâche difficile voire impossible.

Ce travail de recherche m'a permis d'approfondir ma réflexion autour du thème de la violence avant de me lancer dans l'exposé de mon enquête terrain.

⁸² Classification des Agences Régionales de Santé - Annexe VII.

L'état des lieux démontre que cette problématique est bien présente au sein de nos services de soins et à l'hôpital en général, générant une dégradation des conditions de travail qui ne peut persister dans le temps. L'impact des violences à tous les niveaux, qualité de vie au travail, organisation dégradée, qualité des soins amoindrie, n'est plus à démontrer et renforce la nécessité de lutter contre ces comportements déviants. La santé est définie par l'OMS comme un état de complet bien-être physique et mental ainsi l'engendrement de risques psychosociaux par la violence est l'un des points sur lequel la vigilance doit être accrue que ce soit au niveau national ou au niveau de la direction de l'établissement.

Si le sujet des violences est de moins en moins tabou, il n'en reste pas moins qu'il reste souvent banalisé et que le dépôt de plainte est exceptionnel. Lorsque cette violence atteint des niveaux susceptibles de poursuites pénales, la politique générale de l'établissement doit être à l'incitation au dépôt de plainte. Les mécanismes développés au niveau national et mis au service des établissements de santé doivent être utilisés. Ainsi l'instauration de partenariats transversaux entre les différents acteurs intervenant dans le champ de la violence à l'hôpital doit être la marche à suivre. L'établissement de convention santé-sécurité-justice offre des protections pour les personnels trop peu connues : facilitation du dépôt de plainte, assistance en justice etc. Les poursuites de ces faits de violence permettent aux personnels victimes, outre une réparation en justice, d'être restaurées dans leur dignité et leur honneur. Autrement, comme le dit le rapport ONVS 2018, elles finiront par entrer dans un état d'esprit de soumission et de peur, tandis que les auteurs auront tôt fait de comprendre qu'ils bénéficient d'une impunité.

Les établissements de santé français doivent s'inscrire dans une démarche d'acculturation, il est nécessaire d'arrêter de garder pour soi, au sein de son établissement, les problèmes auxquels l'on doit faire face. Le nombre d'établissements déclarant sur la plateforme ONVS reste encore trop insuffisant, la question peut se poser de savoir s'il ne serait pas nécessaire de rendre obligatoire ces signalements. Mais cela irait dans une logique totalement inverse de celle que le ministère de la santé a voulu instaurer : une démarche participative de la part des établissements dans la résorption de la violence. De plus, rendre obligatoire ces signalements serait perçu par les établissements de santé comme une ingérence dans leur gestion et il y a toujours cette connotation négative associée à la violence : les établissements ont parfois des réticences sur le fait de signaler au niveau national les faits observés dans leur établissement par crainte de noircir leur image.

Et pourtant, ces études nationales, les rapports, les guides de bonnes pratiques etc., n'ont pas pour but de stigmatiser telle ou telle institution mais au contraire de dénoncer des faits jugés inacceptables, aujourd'hui, dans notre société.

La formation des professionnels sur cette problématique apparaît comme essentielle, d'autant plus qu'un grand nombre de personnels est enclin à se former sur ce sujet. Ces formations pratiques de gestion des événements violences, de communication adaptée etc., sont des outils intellectuels qui doivent être mis à la disposition de ces personnes. Les échanges au sein des équipes doivent être favorisés afin de développer un esprit de cohésion au sein de l'équipe soignante mais aussi avec la direction. Cela permet d'asseoir la position d'autorité des personnels face aux patients/accompagnants qui est nécessaire pour travailler dans des conditions de travail sereines.

L'ensemble des actions et mesures à suivre sont répertoriées dans le plan de sécurisation d'établissement. Sa rédaction est gage en premier lieu d'une volonté de s'inscrire dans une politique de prévention et de lutte contre les violences au sein de son établissement. La sûreté ne doit plus être clairsemée et être l'accessoire d'autre politique, mais elle doit être élevée au rang des priorités les plus essentielles de l'établissement et être une composante autonome de la stratégie d'établissement.

La sûreté des personnes et des biens à l'hôpital apparaît comme une problématique nécessitant de passer d'une phase d'éclosion à une phase de maturité. Il est parfois complexe de mettre en place cette politique de sûreté en application car cela nécessite un engagement humain et financier conséquent. De plus le contexte actuel marqué par une poursuite d'efficacité maximale de la part des établissements de santé, toujours plus contraints financièrement, freine quelque peu un déploiement optimal de cette politique sûreté-sécurité. Cependant, beaucoup d'établissements, notamment ceux de niveau I, sont déjà inscrits dans cette démarche et mettent en place de plus en plus d'actions pour lutter contre ces violences à répétition.

Bibliographie

OUVRAGES

BOISSIERES DUBOURG F. Les soignants face au stress : comment se prémunir contre l'épuisement professionnel. Rueil-Malmaison : Lamarre. 2012. 2^e édition. p 143.

FRAPPAT H. (2000) *La Violence*, Paris, Flammarion, coll. « Corpus »

MENORET M. (1999). *Les Temps du Cancer*. Éditions du CNRS.

MEYRAN R. (2006). Les mécanismes de la violence : États, institutions, individu. Éd. "Sciences humaines", p. 277-279.

MICHAUD Y. La violence apprivoisée, dans *Autres Temps. Cahiers d'éthique sociale et politique*. N°53, 1997

MICHAUD Y. (2012). La violence (Vol. 7e éd.). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France.

GUIDE DE BONNES PRATIQUES

Guide méthodologique – La prévention des atteintes aux personnes et aux biens en milieu de santé, DGOS / ONVS, avril 2017

« Sécurisation des établissements de santé », Guide d'aide à l'élaboration d'un plan de sécurisation d'établissement, SHFDS/DGOS, mars 2017

Guide de déclinaison des mesures de sécurisation périmétriques et bâtimentaires, Ministères sociaux, juillet 2016

« Vigilance attentat : les bons réflexes », Guide à destination des équipes de direction des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux, Guide de bonnes pratiques, Ministère des affaires sociales et de la santé, juin 2016

ONVS. FICHES REFLEXES sur la conduite à tenir dans les situations de violence en établissements publics, sanitaire et médico-social. Paris : Ministère de la santé. 2012.

RAPPORTS / THÈSES / MÉMOIRE

BECK F., GAUTIER A., & Institut national du cancer (France). (2012). *Baromètre cancer 2010*. Saint-Denis: Éd. INPES.

BOUVIER-MULLER G., Mémoire de fin d'études : Le directeur à l'épreuve des nouveaux risques : enjeux de la sécurisation des établissements de santé, EHESP 2016-2017.

Directives générales sur la violence au travail dans le secteur de la santé. Genève: BIT. (2002)

Dossier : « Les conditions de travail dans les établissements de santé » Édition 2014, p. 19 in Panorama des établissements de santé - DREES. <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/panorama2014.pdf>

JAUVIN N. la violence organisationnelle : parcours conceptuel et théorique et proposition d'un modèle compréhensif intégrateur, 2003

KRUG E. G., & Al (Éd.). (2002). Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève

PERROT O. Travail de fin d'études, Violence des patients, souffrance des soignants, Mai 2015

Rapport n° 2001-110 sur les violences subies au travail par les professionnels de santé, IGAS, présenté par COSTARGENT G. et VERNEREY M., 2001.

Rapport ONVS 2018, DGOS- présenté par TERRENOIR Vincent.

TEXTES RÉGLEMENTAIRES

Loi N° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

CIRCULAIRE du 15 décembre 2000 relative à la prévention et à l'accompagnement des situations de violences. n° DHOS/p1/2000/609.

CIRCULAIRE du 11 juillet 2005 relative au recensement des actes de violence dans les établissements mentionnés à l'article 2 du titre IV du statut général de la fonction publique. n° DHOS/p1/2005/327.

MINISTERE DE LA SANTE. Protocole d'accord du 12 août 2005 signé entre le Ministère de la santé et des solidarités et le Ministère de l'intérieur et de l'aménagement du territoire. 05/04/2007.

MINISTERE DE LA SANTE. Protocole national du 20 avril 2011 relatif à la sécurité des professionnels de santé. Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/>

INSTRUCTION N°DGOS/RH3/2013/371 du 24 octobre 2013 relative à la prévention des faits de violence dans le milieu de la santé.

INSTRUCTION N° SG/HFDS/2016/340 du 4 novembre 2016 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements de santé

Liste des annexes

- I. Questionnaire enquête
- II. Durée des entretiens
- III. Retranscription entretien semi-directif personnels soignants
- IV. Phasage plan de sécurisation
- V. Feuille de cotation des risques
- VI. Échelle de gravité ONVS
- VII. Classement des établissements par niveau de risque – ARS

I. Questionnaire enquête sur la violence en milieu hospitalier

Madame, Monsieur

Dans le cadre de mon Master II à l'École des Hautes Études en Santé Publique, j'ai fait le choix de rédiger un mémoire intitulé : « **Violence en milieu hospitalier : État des lieux et mécanismes de résilience des établissements** ».

Ce mémoire poursuit un double objectif :

- **Dresser un état des lieux des violences envers le personnel et de démontrer l'impact de celles-ci sur l'organisation des soins.**
- **Envisager les mécanismes permettant d'esquisser une politique de sécurisation à l'hôpital favorisant ainsi une meilleure qualité de vie au travail et la poursuite de soins de qualité.**

Je souhaite **vous donner la parole** afin de réaliser cet état des lieux en interne permettant ainsi de pouvoir mettre en place des actions dans **une logique d'amélioration continue**, c'est pourquoi vos retours tirés de votre expérience personnelle sont indispensables à la bonne expertise de ce projet.

Les données seront traitées de manière anonyme.

Le temps de remplissage de ce questionnaire est estimé à 5 minutes.

Merci de votre participation,

Audrésy Gaston

Contact : audresy.gaston@eleve.ehesp.fr

Présentation

Vous êtes : ☐ une femme ☐ un homme

Faites-vous partie du personnel soignant ou non-soignant ?

☐ Oui ☐ Non

Fonction exercée :

☐ ASH ☐ Aide-soignant ☐ Infirmier ☐ Médecin thésé ☐ Médecin non thésé

- ☐ Manipulateur en électroradiologie ☐ Cadre de santé ☐ Personnel administratif
- ☐ Autre

Mode exercice : ☐ Travail de jour ☐ de nuit ☐ les deux ☐ Intérimaire

Depuis quand exercez-vous cette fonction ? (En année) : _____

Ancienneté dans l'établissement (nombre année) : _____

Dans quel service travaillez-vous ?

- ☐ Administratif - services transversaux (Biomédical, Informatique, Qualité, Technique, Soins)
- ☐ Administratif - services supports (Achats, DIM, Direction, Facturation, Finances, RH)
- ☐ Biologie / INSERM
- ☐ Imagerie médicale
- ☐ Médecine nucléaire
- ☐ Oncologie chirurgicale (Bloc opératoire / Chirurgie)
- ☐ Oncologie médicale (Hospit.continue, Soins palliatifs, Hospit. de semaine, Hospit. de jour; OncoGénétique)
- ☐ Pharmacie / Radio pharmacie
- ☐ Radiothérapie / Physique Médicale
- ☐ Secrétariat / Accueil
- ☐ Soins de support
- ☐ Unité de Recherche Clinique (BEC investigation, cellule promotion)

Les faits de violence en milieu hospitalier

La violence est entendue dans son sens large et comprend aussi bien la violence physique que la violence verbale et psychologique exercée à l'encontre du personnel dont l'auteur peut être toute personne (patient, accompagnement, visiteur, personnel etc.)

Vous sentez-vous en sécurité sur votre lieu de travail ? ☐ Oui ☐ Non

Quel est votre sentiment de sécurité sur une échelle de :

☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
Faible	moyen	important	très important

Avez-vous été témoin de violences dans le cadre de votre fonction ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, qui était auteur des violences (Plusieurs choix possibles) ? ☐ Accompagnant/visiteur ☐ Patient
☐ Personnel

☐ Autre

Commentaires :

Avez-vous été **victime** de violence dans le cadre de votre fonction ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui par qui ? ☐ Patient ☐ Accompagnant ☐ Personnel

Commentaires :

Dans quel lieu ? ☐ Salle attente / Accueil ☐ Consultation / Examen ☐ Chambre
☐ Extérieur de l'établissement ☐ Autres

A quels types de violence avez-vous pu être exposé ?

- ☐ Dégradation matériel ☐ Agressions verbales/Insultes ☐ Menaces physiques ☐ Menaces de mort
- ☐ Agressions physique (exemple : coup de poing, crachats etc.) ☐ Agressions avec armes par nature ou par destination ☐ Autre
- ☐ Je n'ai été confronté à aucune violence

Quelles sont les circonstances ayant entraîné ces violences ? (Plusieurs choix possibles)

- ☐ Diagnostic non accepté ☐ Refus de prescription ☐ Refus de soins ☐ Personne en état d'ébriété
- ☐ Personne sous l'emprise de stupéfiants ☐ Personne présentant des troubles cognitifs ☐ Règlement de compte
- ☐ Reproche relatif à la prise en charge ☐ Temps d'attente jugé excessif ☐ Autres

Fréquence des faits de violences dans votre établissement :

- ☐ Absence de violence ☐ une fois par semaine ☐ plusieurs fois par semaine ☐ une fois par an
- ☐ Plusieurs fois dans l'année (fréquence ponctuelle)

Quelle démarche suivez-vous en cas de violence ? (Plusieurs choix possibles)

- ☐ Aucune action ☐ Contact supérieur ☐ Renfort des collègues ☐ Appel agent sécurité ☐ Dépôt de plainte ☐ Déclaration évènement indésirable ☐ Autres :

Dans le cas où vous avez répondu « aucune action », pour quelles raisons n'engagez-vous aucune démarche ?

- ☐ Manque de temps ☐ Sentiment que toute action va mener à une absence de résultat
- ☐ Peur de représailles ☐ Sentiment que cela relève de la profession et de l'empathie

☐ Autre : _____

Pensez-vous qu'une formation vous aidera à mieux gérer la violence ? ☐ Oui ☐ non

Quel type de formation ?

- ☐ Self défense ☐ Communication / Médiation de crise ☐ Gestion du stress
☐ Prévention : Identifier et analyser différentes situations d'agressivité et/ou de violence ☐ Autre :

Avez-vous des remarques/suggestions ?

Merci de votre participation.

II. Durée des entretiens semi-directifs

Infirmière	Durée 30 min
Externe en médecine	Durée 30 min
Commissaire divisionnaire, délégué pour la sécurité générale de la direction générale de l'offre de soins	Deux entretiens : 1 h et 2 h
Interne en médecine	Durée 40 min
Chef de la sécurité du CHU	Durée 45 min
Infirmière	Durée de l'entretien 30 min.
Chef de l'unité « planification de défense » au sein du service du Haut Fonctionnaire de Défense et de Sécurité des ministères sociaux.	Durée 1h

III. Retranscriptions anonymisées des entretiens avec le personnel soignant

I.Présentation

Quelle est votre profession ?

A : Infirmière bloc

B : sixième année médecine et troisième année d'externat

C : Interne en troisième année et c'est ma neuvième année médecine

D : Infirmière

Depuis combien de temps exercez-vous cette profession ?

A : 3 ans

B : 6 ans en étude de médecine et 3 ans à l'hôpital

C : interne en troisième année

D : depuis 6 ans.

II. Le phénomène de violence :

Comment définirez-vous la violence ?

A : "La violence que ce soit physique, verbale, psychologique quand tu te la prends en pleine face cela génère énormément de stress pour les soignants et tu finis par toi aussi à avoir de la violence envers les patients car tu fais mal ton soin, cela entraîne de la maltraitance des patients, on retourne un peu le bâton car les gens sont à bout.

On a également des difficultés avec les gens du voyage, cela prend énormément de temps au détriment des autres."

B : "C'est un acte physique, psychique, moral qui atteint la personne victime par le fait d'un acte d'une personne en position de force."

C : "La violence est une atteinte à la sécurité propre, personnel qu'elle soit d'ordre physique, moral ou psychique."

D : "C'est une agression, une atteinte à la dignité de la personne. Un sentiment de soumission."

Direz-vous qu'il y a plus de violence qu'avant ?

A : "Je n'exerce pas depuis assez longtemps pour juger, mais par rapport à ce que me disent mes anciens collègues, maintenant le patient tout doit lui être donné tout de suite, dans la minute donc les patients sont plus agressifs. Avant il y avait plus de respect pour le milieu hospitalier maintenant plus vraiment."

Au bloc, les chirurgiens sont violents, il y a quand même moins de violence avec eux car maintenant on ose porter plaintes et leur dire.

Les gens dénoncent plus qu'avant, ils ont moins peur. Les directions entendent plus aussi car la configuration de la direction a changé, il y a moins de médecins à la tête des hôpitaux.

B : "Je dirais non mais si j'écoute les histoires des autres soignants et collègues ça pourrait augmenter, il y a plus de mauvaise ambiance, le contexte social de la santé met des tensions surtout au niveau des infirmiers / aides-soignants. Dans un climat de tension ça peut partir plus vite les problèmes."

C : "C'est difficile de répondre étant donné que je n'ai pas d'expérience de l'hôpital avant 2010, je dirais que je ne sais pas s'il y a plus de violence en tout cas elle est plus médiatisée et elle est plus perçue. Je dirais que c'est une augmentation de la perception de la violence, elle est moins cachée et elle intervient à d'autres niveaux. La forme de la violence a changé, la violence verbale est plus importante mais la violence physique je ne pense pas. Il y a une violence plus quotidienne plus sournoise mais pas d'ordre physique, c'est difficile à expliquer."

D : "C'est en croissance depuis quelques années je dirais dû à notre société qui met les gens sous pression, manque de personnel avec des gens de plus en plus exigeants envers nous. Le respect est comment dire, mort ces derniers temps."

Avez-vous été victime ou témoin de violence dans votre fonction ?

A : "J'ai été victime oui. J'ai subi des violences par les familles et les patients mais surtout par le personnel notamment les chirurgiens, de la violence verbale exclusivement. J'ai également été témoin de violence, verbale surtout et en secteur psychiatrique de violence physique."

B : "Victime de position hiérarchique ça c'est sûr, on te demande de faire des choses alors que ce n'est pas ton rôle et pour être bien vu et pas « emm... » après tu le fais. Au CHU dans certains services si tu es dans la position faible tu vas te faire exploiter."

C : "Oui témoin de violence verbale souvent surtout aux urgences. C'est plus fréquent aux urgences quand il y a de l'attente, la nuit quand il y a du monde c'est là que survient la violence quand les gens sont à bout que ça soit le personnel ou les patients. Violence physique assez peu, je n'ai jamais vu quelqu'un taper un autre. J'ai vu un mec planter un parpaing dans la vitrine des urgences. "

D : "Oui souvent la violence verbale et l'impossibilité de raisonner les gens qui restent violent quoi qu'on dise."

Comment qualifieriez-vous ces violences ? (Échelle, adjectifs) et quels ont été les impacts sur vous ?

A : " C'est un sentiment très particulier, les infirmières souvent se taisent pour être clair, tu encaisses tu prends sur toi, si je le dis on va me dire c'est mon métier, si je ne le dis pas je reste avec cela le soir. Le bloc est un milieu hyper clos donc tu apprends à être dans ta bulle, et quand je sors de là je quitte ma bulle. Je sépare cela de ma vie privée, je ne veux pas ramener ça à la maison. Dès qu'il y a un souci où tu dépasses les bornes, j'en parle à ma cadre et à mes collègues. Esprit d'équipe. Les cadres sont là même si parfois face à un médecin ils n'osent rien dire."

B : "Le burn-out à terme, il y a plein de personnes différentes ça dépend des personnalités, tout le monde n'a pas la même vision du fonctionnement de la médecine. Certains estiment que c'est comme ça que ça fonctionne donc c'est comme ça que ça doit être. C'est un monde très particulier par rapport au monde social, ou d'entreprise donc difficile de faire comprendre aux gens. Moi personnellement j'arrive à prendre du recul et à relativiser".

C : "Aucun impact sur moi car la violence n'est pas seulement à l'hôpital, l'hôpital ça cristallise la violence, il y a une concentration des problèmes de société à l'hôpital qui fait que c'est un cocktail explosif mais en fait la violence est partout donc je n'ai pas été surpris par cette violence, ça ne m'a pas choqué, elle est là et il faut faire avec et ça n'ira pas à s'arrangeant je ne vois pas pourquoi ça s'arrangerait.

C'est comparable à la violence dans les stades de foot, le foot va cristalliser pas mal de tensions, c'est un défiloir pour des tas de gens qui ont des problèmes, un stade de foot c'est l'endroit idéal car on a le droit de faire n'importe quoi plus ou moins et à l'hôpital c'est un peu pareil les gens sont tellement à bout et viennent remplis de tous leurs problèmes. C'est des problèmes liés à la société."

D : "Cela me génère beaucoup de stress, de l'angoisse, de la perte de confiance en soi, de la déshumanisation."

Comment avez-vous réagi ? Était-ce une situation difficile à gérer sur le moment ? / Avez-vous ressenti plus de stress sur votre lieu de travail ?

A : "Au bloc avec certains chirurgiens j'ai peur d'y aller car j'apprehende. Quand j'ai commencé, des soirs je ne dormais pas car tu ne sais pas trop si tu vas bien faire, tu as peur d'être jugé. Maintenant ça va. Après tu fais abstraction. Je le fais au moins pour le patient car il faut bien le soigner mais c'est particulier."

B : "Sur le moment j'ai tendance à rien faire, et après je prends du recul mais je n'ai pas encore assez d'expérience et d'affirmation de soi pour pouvoir me défendre et répondre. Mais je pense que cela va venir."

C : "Oui cela engendre du stress pour le personnel qui travaille dans des endroits où il y a une récurrence de la violence oui bien sûr, je ne sais pas si on arrive à évaluer ce stress."

D : “J’essaie de rester calme de me mettre à la place de la personne violente et lui apporter des solutions et des réponses factuelles. Cela n’est pas toujours évident.”

Pour vous quels peuvent être les éléments déclencheurs d'une situation de violence ?

A : “S’agissant des patients, l’impatience des gens est dingue maintenant. Nous sommes régulièrement en sous-effectif et tu ne peux pas gérer toute seule 20/30 patients. Les patients ne se rendent pas compte qu’ils ne sont pas tout seuls, dans un service il y a 25 lits et quand tu es toute seule la journée, ils doivent attendre leur tour. On est dans une société maintenant “du toujours plus”, l’hôpital parfois c’est un peu l’hôtel.

C’est difficile à gérer car ils sont là pour une pathologie tu ne peux pas les juger tu sais qu’ils se déchargent.”

B : “Aux urgences le facteur déclenchant c’est la surpopulation, les gens qui en ont en marre d’attendre. Et puis les gens bourrés. Dans les services c’est plutôt les familles qui sont mécontentes de la prise en charge. Il peut y avoir aussi la surcharge de travail quand tu te retrouves seul, interne, à gérer 20 patients, ton chef n’est pas là, tu es en stress donc tu es plus à même de faire des erreurs médicales. Des fois mêmes les relations infirmiers/médecins sont difficiles surtout lors des gardes en fait.”

C : “C’est des problèmes d’ordre extérieur à l’hôpital et qui vont se concentrer à l’hôpital, tu vas souvent à l’hôpital pour avoir une réponse à tes problèmes souvent médicaux mais derrière il y a d’autres problèmes sociaux, familiaux, éducatifs etc. Et quand le problème médical est mal pris en charge enfin quand il y a un temps d’attente alors là, la violence arrive si on ne répond pas à ton problème car tu ne comprends pas pourquoi personne ne fait rien. Ils viennent en pensant que l’hôpital va solutionner leur problème. L’hôpital n’est pas là pour répondre à tous les maux de la société, c’est le seul endroit ouvert 24h/24 alors ils viennent quand ils ne vont pas bien mais parfois ce n’est pas pour des problèmes médicaux.

D : “Souvent la frustration je dirais, l’intolérance.”

Avez-vous identifié que le personnel soignant est en souffrance par rapport à ces phénomènes de violence ?

A : “Oui, il y a une réelle souffrance. Pourquoi personne n’ouvre les yeux”.

B : “Oui il y a de la souffrance, la seule chose qui fait tenir c’est les patients. L’ambiance de travail est pourrie mais on le fait pour les patients. Il y a de la souffrance et tu en parles entre collègue et devant les patients tout le monde garde le sourire. Les patients c’est ce qui nous tient.”

C : “Oui il y a un ras le bol, on est dans un contexte avec une pression d'efficience, d'efficacité, de rendement auprès du personnel avec un sous-effectif et s’ajoute à ça la violence.

En gros c’est un peu comme je disais tout à l’heure les patients qui viennent à l’hôpital avec un problème médical comme prétexte mais il y a plein d’autres soucis et bien c’est pareil pour les personnels : on médiatise la violence des patients mais la vraie souffrance du personnel soignant se situe plus dans la pression hiérarchique qu’ils subissent pour être efficaces. Il y a donc une perte de la signification de leur métier il y a moins d’humain et à cela s’ajoute la violence des patients et ça c’est la goutte d’eau qui fait déborder le vase et c’est cela qu’on met en lumière.

La violence des patients aurait moins d’impact s'ils avaient un meilleur environnement de travail. C’est comme une pelote que tu détricotes, il faut regarder les causes des causes et souvent il y a un problème de base qui est loin du problème final.

C’est comme si pour soigner quelqu’un qui a de la fièvre tu cassais le thermomètre, en disant voilà il n’a plus de fièvre et bah non c’est faux, pour faire passer la fièvre il faut des antibiotiques.”

D : “Bien sûr dû au sous-effectif, je crois que le vrai problème est ici et il y a parfois un manque de compréhension et de soutien on ne sait pas toujours vers qui se tourner et on peut se sentir vite seule et isolé.”

La violence est-elle un sujet tabou au sein de votre équipe ?

A : “Pas au sein des équipes pour moi, au bloc nous sommes une équipe hyper soudée, hyper jeune, on se parle on extériorise tout. Mais en dehors c’est ultra tabou, les gens qui ne bossent pas dans

le milieu médical, je leur raconte ils restent bouche bée, ils ne me croient pas toujours du genre “mais tu exagères non ?” ils ne se rendent pas compte que c’est la réalité. En dehors de l’hôpital je me sens décalé. C’est un autre monde”

B : “Entre externe on en parle, on en discute pas mal pour extérioriser et tout le monde est un peu passé par là donc tout le monde comprend donc non ce n’est pas tabou.”

C : “Pas tabou entre personnel, la violence physique n’est pas taboue, la verbale non plus par contre la violence psychique, psychologique elle l’est beaucoup plus mais là elle va intervenir au sein de la hiérarchie. Il y a une violence psychologique chez les internes, quand il y a une violence psy il faut aller voir la médecine du travail et c’est compliqué de demander à des soignants d’aller voir d’autres soignants. Le tabou il est surtout là.

La direction ferme également un peu les yeux sur la violence physique et verbale car ils n’ont pas trop de marge de manœuvre, ce n’est pas vraiment un tabou mais une absence d’écoute. Il y a beaucoup de burn-out car il y a une violence psy entre alterne et subalterne. Les gens ont quand même plus le courage d’en parler, c’est médiatisé aujourd’hui mais ces faits-là étaient déjà vrais avant.”

D : “Oui plus ou moins, car ça demande un gros travail d’investigation et de mise en place de plein de choses et il y n’y pas toujours de solution donc c’est soulevé un problème qui demande beaucoup d’énergie et personne n’a envie de s’y consacrer. Puis ça ne rapporte pas d’argent donc ce n’est pas la priorité.”

A-t-elle un impact sur la qualité des soins dispensés ?

A : “Oui totalement, complètement car du coup, pourtant ce n’est pas ce qu’on t’apprend, mais tu veux moins y retourner dans les chambres où tu te fais agresser, tu réagis en disant “bon bah lui passera en dernier” car c’est humain de réagir comme ça. Le soin n’est pas le même.”

B : “Clairement oui, si tu as quelqu’un qui se sent affaibli elle va se renfermer et ne pas être en confiance donc elle risque de faire des erreurs médicales.”

C : "Oui sûrement."

D : "Oui bien sur parce que le personnel est fatigué, sur la défensive donc on est parfois moins investi dans notre travail et on perd notre empathie, dépersonnalisation."

II. Les actions pour lutter contre la violence

Lors de votre cursus, vous a-t-on dispensé des enseignements sur le phénomène de violence et de comment y faire face ?

A : "Il me semble qu'on a eu un cours, mais on était très accés psychiatrie, mais dans un service lambda non. Quand tu es lâchée de l'école tu as la réalité de l'hôpital en pleine face, on te couve quand tu es étudiant "le métier que tu vas faire est super" mais en réalité tu prends un mur".

B : "En étude de médecine, on a aucun cours là-dessus, seulement 3 cours sur la psychologie médicale sur l'annonce de diagnostic. On apprend à gérer ça sur le terrain."

C : *"NON. On faisait des jeux de rôle sur les relations médecin malade mais pas centrés sur la violence mais sur la communication. En psychiatrie, ils ont un cours il me semble, mais même en psychiatrie, même eux ils ne sont pas prêts ils pourraient être beaucoup mieux formés."*

D : "Non et c'est bien dommage j'aurais aimé un module consacré à la gestion de la violence. J'ai dû moi-même apprendre sur le terrain et à côté me renseigner sur des techniques de communication positive."

Estimez-vous que le personnel soignant à la formation et les compétences nécessaires à la gestion de la violence ?

A : "Non car c'est propre à toi, à chacun, ce ne sont pas des choses que tu as acquies à l'école. Certains sont plus sanguins, moi je ne cherche pas à monter dans les tours, je laisse parler. La façon de réagir est propre à chacun, c'est personnel."

B : "Avec l'expérience, on apprend. Après les infirmiers je pense qu'ils ont des formations sur la gestion des patients qui sont un peu violents. En interne on a un peu de formation sur les situations difficiles."

C : "Non"

D : "Non du tout ce qui est un peu difficile parfois pour gérer nos émotions."

Dans votre service, existe-t-il un protocole de prise en charge d'un patient/accompagnant violent ? Si oui, est-il utilisé et quelles sont ses limites ?

A : "Jamais vu."

B : "Oui aux urgences : il faut essayer de discuter avec lui, le calmer lui expliquer la situation et si ça ne marche pas sédation médicamenteuse ou contention physique. Notamment les gens alcoolisés."

C : "Il y a les protocoles contentions qui existent, mais vraiment pour les patients psy, mais pour la violence ordinaire, lambda, pas prévisible, non jamais. Quand tu es aux urgences psy tu as un bip, et quand tu subis une violence du le déclenches et on va venir t'aider mais ça n'arrive qu'en psy. Pas dans d'autres services."

D : "Non"

Existe-t-il un protocole de protection des soignants ?

A : Jamais vu.

B : Pas à ma connaissance.

C : Non je n'en ai pas vu.

D : Non

Vous, que mettez-vous en place pour lutter contre la violence ?

A : “J’essaye de ne pas entrer en conflit, je laisse parler les gens. Face à la violence, tu passes par plusieurs émotions et tu te remets en question, tu te dis que tu es nulle et donc tu culpabilises en disant « m... » je ne travaille pas bien, tu ne sais plus trop où tu en es. Je suis de nature assez calme donc je laisse couler, je vais en parler après, si ça aboutit tant mieux mais sinon tant pis. C’est horrible d’être défaitiste comme ça mais tu sais qu’au final aucune action sera menée après.

J’ai quelques collègues qui ont dénoncé et ont eu des réunions avec la direction, la chirurgie et la personne violentée mais à part ça rien vraiment. Dans la clinique où je travaille, les chirurgiens c’est eux qui ramènent l’argent ; tu ne les mets pas à pied sinon plus de rentrées d’argent.”

B : “Une psychologue à la médecine du travail, ça c’est déjà une chose. Faire des groupes de parole parmi les équipes. Après il y a pas mal de groupes qui se mettent en place mais plutôt sur des erreurs médicamenteuses, sur des dossiers précis pour repérer les erreurs : démarche positive de l’erreur.

Sinon faire des réunions avec l’ensemble du personnel médecins, aides-soignants, infirmiers pour voir le fonctionnement du service.

Et puis après tous les petits trucs qui participent à la bonne ambiance du service faire des goûters soirée rapprocher les gens.”

C : “Déjà ça passe par une meilleure qualité de vie de travail. Pour résoudre la violence de la société il faut éviter la précarité, que les gens aient à manger etc. mais au sein des hôpitaux il faut prendre plus en compte dans la manière de manager, d’organiser l’équipe la notion de qualité de vie au travail. Car c’est difficile car des problèmes sont difficilement solutionnables comme le sous-effectif mais dans les techniques de management c’est important. Dans les services hospitaliers les gens qui sont chefs ne sont pas ceux qui savent manager, ils sont arrivés chef avec l’ancienneté mais ils

ne sont pas choisis pour leur capacité à diriger des équipes. Il faut plus de formation de management pour les décideurs hospitaliers ça serait bien.

Je pense qu'aussi il faut surtout que le personnel de nuit se sente plus sécurisé et qu'il y ait plus d'agent sécurité. Il faut plus d'organisation d'espace comme aux urgences plus d'espace ouvert, avec toujours en vue tes collègues pour se sentir rassuré.

La violence est inhérente à toute société, tu ne diminueras jamais à 0 la violence."

D : "Il faut des lieux de communication car il y a que comme ça qu'on peut enlever la violence. Le problème c'est que comment régler la violence ce n'est pas simple. Il nous faut des pôles de communication. Il faut éduquer les patients au respect, mettre des chartes en place. Les conditions de travail sont très importantes il faut qu'on soit apaisé nous-même déjà pour calmer les autres. Il faudrait des formations de communication."

IV. Phasage plan de sécurisation

Phase 1 : Analyse des risques

<i>Étape n° 1 : DIAGNOSTIC ENVIRONNEMENTAL EXTERNE</i>			
	Objectifs	Actions	Avec l'appui de...
<i>Environnement externe dans lequel est implanté le CLCC</i>	Connaitre l'environnement social et économique dans lequel est implanté l'établissement	Recueillir des informations concernant la composition sociale de la population environnante, le type d'habitation, la présence de structures sociales, les activités économiques présentes, la présence ou non de services publics de l'État...	Les services municipaux, l'INSEE Bretagne
<i>État des lieux de l'insécurité extérieur au CLCC</i>	Connaitre « le climat ambiant » autour du centre	Établir un diagnostic sur l'insécurité extérieur au centre au moyen de données chiffrées et d'informations sur les	Les forces de sécurité intérieure : directions territoriales de sécurité publique de la préfecture de police, groupements

		risques liés à l'environnement dans lequel l'établissement est implanté	de gendarmerie départementales...) qui peuvent fournir un rapport de physionomie.
Étape n° 2 : DIAGNOSTIC INTERNE			
<i>État des lieux de l'insécurité dans le CLCC</i>	Connaitre le climat ambiant du CLCC	Recenser les situations d'incivilités et délinquances dans le CLCC	Service gestion des risques/ qualité-sécurité du CLCC
<i>Caractéristiques principales et fonctionnement du CLCC</i>	Identifier la physionomie du CEM	Collecter les informations suivantes : • Cartographie bâtiminaire • Positionnement sur le territoire (établissement de référence, de recours, de repli) • Description de l'offre de soins : typologie de patient, services spécialisés, plateaux techniques • Nombre de lit/volume patients accueillis • Nombre de personnel • Flux quotidien de véhicules et piétons	Direction des soins / Direction technique
	<i>Organisation fonctionnelle du CLCC</i>	Fournir des renseignements sur l'organisation du CLCC sous l'angle sécurité-sûreté Identifier les acteurs : - Organisation hiérarchique - Organigramme avec les noms et numéros de téléphones des personnels à appeler en cas de crise - Responsables de la protection du site	

		Identifier les structures Présentation du PC sécurité	
Étape n°3 : Cartographie des risques malveillants pour le CEM			
<i>Identification des risques</i>	Identifier l'ensemble des risques potentiels	Reprendre la liste de menaces proposée par la DGOS ainsi que son échelle de gravité	
<i>Hiérarchisation des risques</i>	Prioriser les risques (probabilité de survenu X impacts)	Classer les risques en fonctions de leur criticité dans une matrice et réaliser un diagramme de synthèse d'appréciation des risques	
<i>Vulnérabilités spécifiques au CLCC</i>	Identification des points névralgiques <i>Un point névralgique étant un équipement ou une activité dont la disparition ou l'arrêt aurait des conséquences importantes sur la capacité de l'établissement à assurer ses missions de soins ou de prise en charge</i>	Lister sous forme de tableau les points névralgiques et mettre en évidence les interdépendances et les risques techniques.	
	<i>Hiérarchisation des vulnérabilités</i>	Prioriser les points névralgiques en fonction de leur criticité et de leur exposition aux risques les plus élevés.	

	Évaluation qualitative et quantitative des vulnérabilités	
--	---	--

Phase 2 : Sécurisation de l'établissement en temps normal

Etape n° 1 : Rédaction et mise en place des mesures de prévention

	Objectifs	Actions	Avec l'appui de...
<i>Etablissement d'une convention « santé-sécurité-justice »</i>		Rédiger une convention comportant des informations relatives à la coordination de l'action dans le domaine de la sécurité, les procédures d'informations de l'autorité judiciaire, le diagnostic des situations à risques et des dispositifs de prévention, les modalités d'intervention des forces de sécurité, les procédures d'information et sensibilisation des personnels à la prévention et la gestion des conflits.	
<i>Formation, sensibilisation et communication</i>		Répertorier les actions concernant la sécurité déployées dans l'établissement	
<i>Procédures</i>			

Etape n° 2 : Rédaction et mise en place des mesures de protection		

VI. Échelle de gravité des signalements de l'ONVS

L'échelle de gravité des signalements de l'ONVS³⁶

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.).

<GASTON >	<AUDRESY >	<18 septembre 2018 >
Master 2 Pilotage des politiques et actions en santé publique		
La violence envers le personnel hospitalier : état des lieux et mécanismes de résilience		
Promotion 2017-2018		
Résumé : Chaque année, la violence dans le monde fait plus de 1,6 million de morts. Elle figure parmi les principales causes de décès des 15 à 44 ans dans le monde. La technologie et les canaux de communication que l'on connaît aujourd'hui : réseaux sociaux, télévision, journaux, radio, internet permettent à l'ensemble de la population d'être tous les jours témoins de certains types de violence – terrorisme, guerres, émeutes et troubles civils –, mais bien plus de violence encore se produit loin des regards, dans les ménages, sur le lieu de travail, voire dans des établissements médicaux et sociaux créés pour s'occuper des gens. Au cours de mon stage de fin d'études au sein d'un établissement de santé, une de mes thématiques de mission a été de participer à la rédaction du plan de sécurisation d'établissement. J'ai donc fait le choix de rédiger mon mémoire sur la thématique de la violence en établissement de santé. D'une part car cette problématique est présente plus que jamais dans les débats sociétaux d'aujourd'hui et d'autre part car parler des mesures de sécurisation sans évoquer ce qui a animé leurs créations, manque à mon sens de cohérence. Quel état des lieux pouvons-nous faire sur ces violences à l'hôpital et quels moyens de lutte sont mis en place pour enrayer le phénomène ?		
Mots clés : santé publique, violence, hôpital, personnels soignants, agressivité, sécurité, sûreté, PSE.		
<i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires :</i> <i>ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		