



Master 2 Droit de la Santé

Parcours Droit et Éthique des professions et des institutions de santé

La violence à l'encontre du personnel hospitalier, un enjeu de santé publique

Claire MARCUZZO

Septembre 2019

Jury :

Docteur BOUVET Renaud, Docteur en médecine et Docteur en droit, Chef de service de médecine légale et médecine pénitentiaire au Centre Hospitalier Universitaire de Rennes, Directeur de mémoire

Monsieur ALLEMAND Carl, Enseignant-Chercheur à l'École des Hautes Études en Santé Publique, Suffragant

Université de Rennes 1 – Faculté de droit et de science politique

École des Hautes Études en Santé Publique



Master 2 Droit de la Santé

Parcours Droit et Éthique des professions et des institutions de santé

La violence à l'encontre du personnel hospitalier, un enjeu de santé publique

Claire MARCUZZO

Septembre 2019

Jury :

Docteur BOUVET Renaud, Docteur en médecine et Docteur en droit, Chef de service de médecine légale et médecine pénitentiaire au Centre Hospitalier Universitaire de Rennes, Directeur de mémoire

Monsieur ALLEMAND Carl, Enseignant-Chercheur à l'École des Hautes Études en Santé Publique, Suffragant

Université de Rennes 1 – Faculté de droit et de science politique

École des Hautes Études en Santé Publique

« La faculté de droit et de science politique, l'Université de Rennes 1 et l'École des Hautes Études en Santé Publique n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises : ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur. »

Remerciements

Préparer ce mémoire finalise mon cursus universitaire à l'Université de Toulouse 1 Capitole, à l'Université de Rennes 1 ainsi qu'à l'École des Hautes Études en Santé Publique, où j'ai bénéficié d'un enseignement de qualité.

Mes remerciements s'adressent tout d'abord au Docteur BOUVET Renaud, mon Directeur de mémoire. Sa disponibilité, son aide précieuse et ses conseils avisés m'ont permis d'enrichir mes réflexions, afin qu'elles soient pertinentes et structurées.

Je remercie également mon Directeur de mémoire, grâce à qui j'ai eu l'honneur de rencontrer Monsieur TERRENOIR Vincent, Délégué pour la sécurité générale à la Direction Générale de l'Offre de Soins. Sa grande expérience et ses connaissances m'ont donné un appui supplémentaire pour affiner mon argumentation.

Je souhaite exprimer ma gratitude à Madame MOQUET-ANGER Marie-Laure, Directrice du Master 2 mention droit et éthique des professions et des institutions de santé à l'Université de Rennes 1, ainsi qu'à Madame POIROT-MAZÈRES Isabelle, Professeur de droit public, spécialisée en droit de la santé, à l'Université de Toulouse 1 Capitole, pour m'avoir transmis de solides compétences en droit de la santé. Cette matière est devenue une véritable vocation, dans laquelle je souhaite poursuivre professionnellement.

Je remercie mes parents et ma sœur, en reconnaissance de tout ce que je leur dois. Ils m'ont soutenue, motivée et encouragée. Mes remerciements vont particulièrement à ma mère, pour avoir relu mon mémoire et corrigé certaines imperfections, mais surtout pour m'avoir permis de réaliser mes études grâce à sa confiance et son dévouement.

Sommaire

Première partie : État des lieux : la dimension humaine des soins désavouée par la recrudescence des violences et des incivilités à l'hôpital

Chapitre 1 : La violence, une réalité inconfortable pour le personnel hospitalier

Chapitre 2 : Le rôle des acteurs locaux et nationaux pour rétablir une réelle adéquation entre la pratique et le droit à l'hôpital

Deuxième partie : État du droit : la recherche du rétablissement d'un climat de confiance à l'hôpital comme objectif et priorité publics

Chapitre 1 : La politique volontariste du législateur pour préserver la sûreté à l'hôpital

Chapitre 2 : L'articulation étroite entre le monde judiciaire et le monde sanitaire pour préserver les droits fondamentaux

Liste des abréviations

ARS	Agence Régionale de Santé
CE	Conseil d'État
CEDH	Cour Européenne des Droits de l'Homme
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CME	Commission Médicale d'Établissement
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CJA	Code de Justice Administrative
CSI	Code de la Sécurité Intérieure
CSP	Code de la Santé Publique
CT	Code du Travail
DARES	Direction de l'Animation de la Recherche, des Études et des Statistiques
DGAFP	Direction Générale de l'Administration et de la Fonction Publique
DGARS	Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Hôpital, Patients, Santé et Territoire
ITT	Incapacité Totale de Travail
ONVS	Observatoire National des Violences en milieu de Santé
PSE	Plan de Sécurisation des Établissements de Santé
QPC	Question Prioritaire de Constitutionnalité
T2A	Tarifification À l'Activité

Introduction

« *La violence n'est pas un moyen parmi d'autres d'atteindre la fin, mais le choix délibéré d'atteindre la fin par n'importe quel moyen* » écrit Jean-Paul SARTRE, dans son essai philosophique *Cahiers pour une morale*, publié en 1983. Cette citation recouvre l'une des finalités de l'usage de la violence, véritable arme détruisant les relations entre les individus.

Le droit français appréhende la notion de violence afin de lutter contre ce phénomène. La désobéissance aux règles qui régissent la société civile est contraire à la paix sociale. En effet, les normes produites dans un État constituent une ligne de conduite précieuse et elles sont essentielles dans les rapports humains. Le respect des règles juridiques est le signe d'une population qui se donne les moyens d'un vivre ensemble de qualité, fondé sur la loyauté et la civilité. Les textes relatifs aux droits de l'Homme, pierres angulaires de la législation française, plaident en faveur du maintien de principes respectueux à l'égard d'autrui, dont la dignité de la personne humaine. Pour ce faire, les autorités publiques ont pour mission de protéger les individus contre les atteintes pouvant entraver ces droits fondamentaux, en adoptant des mesures positives. Cette double considération, à savoir, le respect des lois et le respect des droits de l'Homme, a conduit le législateur à agir en multipliant les normes.

La santé, première approche

La santé se définit comme un état, saisie par le droit, afin d'être protégée et sauvegardée, grâce à l'élaboration de règles. La santé n'est pas une notion juridique. Pendant longtemps, elle était même définie négativement. En effet, au XVIIIème siècle, la santé était qualifiée comme l'absence de maladie ou d'infirmité. La perception traditionnelle reposait sur l'idée selon laquelle la santé était un bien individuel à préserver. Jusqu'au début du XXème siècle, l'État ne se préoccupait pas de la santé de la population, considérant que ce domaine était de l'ordre privé et relevait de l'intimité des individus. Après la Seconde Guerre mondiale, la conception contemporaine voit dans la santé une richesse collective, indispensable à la puissance d'une nation. Autrement dit, une société puissante repose sur une société en bonne santé.

Progressivement, une vision constructive et positive de la santé est née, inscrite dans la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, adoptée en 1946¹. Cette définition véhicule une vision multidimensionnelle, en prenant en compte les aspects physique, social et psychique, tout en y intégrant de nouvelles notions, comme celle du bien-être, désormais érigée au premier plan. René DUBOS² a complété la définition de l'OMS, en indiquant que la définition de la santé n'est pas immuable et qu'elle revêt un aspect adaptatif. En 1965, dans son ouvrage « *Man Adapting* »³, cet auteur a défini la santé comme étant « *un état physique et mental relativement exempt de gêne et de souffrance, qui permet à l'individu de fonctionner aussi efficacement et aussi longtemps que possible dans le milieu où le hasard et le choix l'ont placé.* » Cette définition semble davantage adaptée à la société actuelle, dans la mesure où elle traduit la réalité mouvante de la santé, tout en faisant référence à la dimension sociale. La santé, étant étroitement liée aux actions gouvernementales, a permis d'améliorer le rôle des établissements de santé, afin que ces derniers aient une place centrale dans la société. Depuis le XXème siècle, les réformes hospitalières ont consolidé le statut de ces institutions pour qu'elles remplissent positivement les critères de qualité et d'universalité.

¹ OMS, 1946 : « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* »

² René DUBOS, Agronome, biologiste et écologue américain d'origine française (1901 – 1982)

³ L'ouvrage « *Man Adapting* » a été traduit en français sous le titre « *L'Homme et l'adaptation au milieu* » en 1973

Présentation des professionnels de santé, entre devoirs et obligations

Le Code de la santé publique a distingué trois catégories de professionnels de santé. La première concerne les professions médicales⁴ (médecins, sages-femmes et odontologistes), la deuxième les professions de la pharmacie et de la physique médicale⁵ et la troisième les professions d'auxiliaires médicaux⁶ (infirmiers, aides-soignants, ambulanciers.) Malgré cette différenciation, leurs missions primaires demeurent inchangées⁷ : promouvoir la santé, prévenir la maladie et dispenser des soins de qualité. Les droits et les devoirs des professionnels de santé sont strictement régis par le cadre législatif et réglementaire, tout en intégrant les aspects philanthropique et philosophique liés aux droits de l'Homme. En d'autres termes, un professionnel de santé doit avoir une ligne de conduite respectueuse envers la personne malade. Leur relation nécessite de reposer sur la confiance, la communication et l'empathie. Ces valeurs sont complétées par l'obligation du secret médical⁸.

À partir du XX^{ème} siècle, le législateur et le juge ont enrichi le contenu des obligations qui incombent aux professionnels de santé. Bien que le médecin ait l'obligation de « *délivrer à son client des soins consciencieux, dévoués, attentifs et conformes aux données acquises de la science*⁹ », cette consécration jurisprudentielle a été complétée en vue de prendre en considération les nouvelles aspirations des patients, notamment face à l'accroissement de leurs droits dans le système de santé. Ainsi, les normes déontologiques, inhérentes aux professions médicales et soignantes, ont été révisées pour renforcer leurs obligations, conformément à l'évolution sociétale, marquée par des progrès en matière de soins et de technologies.

Le patient, sujet devenu le centre de gravité à l'hôpital

À l'hôpital, le patient, qualifié d'usager du service public hospitalier, se trouve dans une situation légale et réglementaire de droit public¹⁰. En lui reconnaissant cette qualité, il bénéficie du droit commun appliqué aux personnes malades, ainsi que des principes inhérents au service public hospitalier¹¹. Au sein des établissements publics de santé, l'usager a vu ses droits et ses libertés se développer en sa faveur, dans une logique protectrice. Toutefois, la transformation dynamique de la notion de « patient » et l'enrichissement de ses droits se sont concrétisés grâce à un véritable corpus juridique : la loi du 4 mars 2002, dite loi KOUCHNER, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Cette norme constitue le point de départ de cette évolution, ayant fait l'objet de structurations institutionnelles et juridiques importantes.

Les réformes successives ont appuyé le rôle du patient dans le système de santé et ont animé la mise en œuvre de stratégies opérationnelles pour assurer le fonctionnement de ces établissements, ouverts au grand public, sans interruption. Soigner les personnes malades est devenu une priorité dans le paysage hospitalier, tant d'un point de vue qualitatif que quantitatif. Pour ce faire, le législateur a élaboré un arsenal juridique conséquent en faveur des patients, face aux nouveaux besoins exprimés par ces derniers. En effet, le contexte, étant marqué par le développement des maladies chroniques, le déploiement des nouvelles technologies et le vieillissement de la population, l'objectif est celui de créer des droits individuels et collectifs au profit des patients. Parmi ces droits, ont été consacrés l'égal accès aux soins, la garantie de la qualité de la prise en charge ainsi que la défense des usagers du système de santé, grâce à leur participation effective dans leur prise en charge médicale. Ainsi, la personne malade est devenue le centre de gravité des

⁴ CSP, art. L4111-1 à L4163-10

⁵ CSP, art. L4211-1 à L4252-3

⁶ CSP, art. L4311-1 à L4394-3

⁷ CDM, art. 87 : « *Le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à un autre médecin, à une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève en rien à ses devoirs professionnels (...) Il doit toujours agir, en priorité dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité.* »

⁸ CSP, art. L1110-4 ; CE, *DEVÉ*, 1957 : « *L'obligation au secret professionnel est générale et absolue.* »

⁹ C. cass., *Docteur NICOLAS c/ époux MERCIER*, 1936

¹⁰ CE, *Hôpital Hospice de MAYENNE contre BARRAS*, 30 mars 1984, n°24621

¹¹ La volonté du législateur était de transposer au domaine hospitalier les grands principes du service public instaurés par la loi ROLLAND de 1930 : la continuité, la mutabilité, l'égalité et l'accessibilité du service public

actions gouvernementales, afin qu'elle soit aidée et orientée dans les démarches pour favoriser son accès aux soins. Dès lors, de nouvelles aspirations citoyennes ont été prises en considération. Effectivement, le respect de la dignité de la personne malade et la défense de ses droits en matière de santé font l'objet d'une attention particulière par le législateur. Les attentes des patients sont devenues conséquentes, impliquant une prise en charge respectueuse de leur intégrité et de leur singularité, tout en favorisant leur bien-être.

Depuis lors, de patient inerte, celui-ci est devenu un sujet actif, exigeant qu'il soit informé et qu'il participe conjointement à la décision médicale. Cette considération a contribué à la naissance du concept de « démocratie sanitaire¹² », lui-même rattaché aux nouvelles exigences des patients quant à la qualité des soins. La promotion des droits des usagers s'articule étroitement avec le renforcement des obligations des professionnels de santé à l'égard de leurs patients. La transformation du statut de ces deux protagonistes a néanmoins déséquilibré la relation médicale. En d'autres termes, le patient, lors d'une consultation, juge aussi bien l'écoute et l'amabilité de son médecin, que la pertinence des soins délivrés. Le développement du corpus de règles protectrices en faveur des patients, accompagné d'un affaiblissement de leurs obligations, participent à un climat moins favorable dans la relation soignant-soigné. A cela, s'ajoute le contexte culturel individualiste, caractérisé par la satisfaction immédiate.

L'affirmation de la présence des incivilités et de la violence à l'hôpital

Ce changement de logique dans le domaine sanitaire a conforté une tendance nouvelle dans la société. Aujourd'hui, la santé est devenue un produit de consommation, visant le soin, la guérison mais également la qualité des soins dispensés. L'évolution générale du niveau de vie, conjuguée avec les progrès médicaux nourrissant le « *mythe du miracle médical*¹³ », ont entraîné l'apparition d'un nouvel environnement au sein des hôpitaux. Ce constat se traduit par la présence de comportements malveillants dans la relation médicale, d'où l'existence de certaines situations de violences et d'incivilités de la part des patients à l'encontre des professionnels de santé.

L'irruption de ces comportements dans le colloque singulier nécessite de s'interroger à plusieurs niveaux. D'une part, sur les éléments déclencheurs de tels agissements, et, d'autre part, sur les répercussions qu'ils provoquent. Le monde hospitalier, confronté à ce phénomène, se doit de préserver ses missions naturelles afin de garantir à la communauté médicale sa sécurité et, aux usagers du service public hospitalier, des actes de soins complets et efficaces.

A l'heure actuelle, les données délivrées par les autorités nationales démontrent que la véhémence des usagers à l'hôpital s'est intensifiée ces dernières années. Cette affirmation bouleverse directement l'organisation et le climat général des établissements de santé concernés. De surcroît, ce constat met en péril la qualité des soins délivrés et les conditions de travail du personnel hospitalier. Dans ce contexte, le respect de l'autorité et le seuil de tolérance des patients sont particulièrement affaiblis, amenant ainsi à une relation médicale irrationnelle et instable. Ce phénomène a alimenté la dégradation de la qualité relationnelle, aboutissant à des rapports de force au sein du colloque singulier.

La violence¹⁴, dont la présence est confirmée au sein des hôpitaux, mérite d'être étudiée afin d'en apprécier sa portée. Cette notion, définie par l'Organisation Mondiale de la Santé en 1996, est qualifiée ainsi : « *L'usage délibéré ou la menace d'un usage délibéré de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fort d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mal-développement ou une carence*¹⁵. » Cette définition s'entend comme une série d'actes violents, incluant les menaces, les intimidations et les conséquences, tant individuelles que communautaires, qu'elles engendrent. En droit français, le Code pénal sanctionne différentes formes de violence. En raison de sa diversité, le droit interprète ce terme au regard

¹² Définition de l'ARS : « *La démocratie sanitaire est une démarche qui vise à associer l'ensemble des acteurs du système de santé dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé, dans un esprit de dialogue et de concertation.* »

¹³ « *La médecine et ses mythes* », *Éthique et Santé*, D. FOLSCHÉID, 22 octobre 2008

¹⁴ Du latin « *violenta* » (force brutale, véhémence, agressivité)

¹⁵ Global Consultation on Violence and Health

de ses caractéristiques, c'est-à-dire, selon les faits et la nuisance que la violence provoque. Après cette analyse, effectuée au cas par cas, le juge prononce une sanction en respectant le principe de la proportionnalité des peines. Cette règle est fondamentale dans un État de droit. En effet, maintenir l'ordre public exige de prendre des mesures mais uniquement celles qui sont strictement nécessaires et basées sur la légalité des textes en vigueur¹⁶.

Apporter des solutions à la problématique de la violence et de l'incivisme répondrait aux attentes du personnel hospitalier. En effet, ces situations entraînent une souffrance éthique et professionnelle, diffusée au sein des hôpitaux.

L'émergence de la réglementation hospitalière en matière de sécurité

Depuis le début du XXI^{ème} siècle, de nouvelles sources juridiques ont complété la réglementation au sein des hôpitaux. Il s'agit de répondre aux situations de violence subies par la communauté médicale, car leur rôle consiste à soigner les patients, et non à canaliser leur agressivité. Analyser de tels risques dans les établissements sanitaires suppose de prendre en considération les différents types de violence. Au niveau local, cette étude consiste à adopter les mesures les plus adaptées selon les faits recensés et les caractéristiques de l'établissement concerné par ces comportements.

Au plan national, les autorités publiques ont élaboré un corpus de textes¹⁷ afin d'améliorer la sécurité dans les hôpitaux. Les acteurs de la santé, de la justice et de la police se sont réunis pour formaliser certaines procédures en vue d'anticiper les événements de violence au sein des établissements de santé. La lutte contre la violence, sujet faisant désormais partie du paysage hospitalier, suppose d'agir en amont. L'objectif est de prévenir les éventuelles atteintes aux personnes, dans la mesure où elles troublent aussi bien l'ordre public que l'intégrité des soignants. S'approprier la thématique grandissante de la violence s'est avéré essentiel dans le contexte actuel.

Les actions gouvernementales reposent sur la prévention du risque, pour garantir aux agents un rythme de travail stable et serein. La coopération santé – police – justice traduit l'engagement public pour traiter efficacement la violence et pour maintenir la sûreté des institutions hospitalières. Cet enjeu de santé publique implique de transformer les violences et les incivilités subies par les professionnels de santé en solutions. La finalité de la coopération avec les services de l'État est de renforcer les liens de proximité entre les forces de l'ordre et les professionnels de santé. Ces nouvelles mesures illustrent les demandes croissantes de sécurisation, en raison de la particularité des hôpitaux, lieux où la tension est quotidiennement présente, générant des difficultés professionnelles.

La création d'un Observatoire dédié aux violences et aux incivilités dans les établissements sanitaires

La circulaire du 11 juillet 2005¹⁸, en définissant les grands axes pour lutter contre la violence au sein des établissements de santé, a créé l'Observatoire National des Violences en Milieu de Santé (ONVS.) Désormais, ce dernier est compétent pour traiter cette problématique, afin qu'il y ait un réel suivi et que soient menées des actions concrètes sur le terrain. En effet, les missions de cet Observatoire consistent à faire un diagnostic et une analyse des situations de violence pour développer une politique de signalements et de prévention. À termes, la finalité est de gérer, canaliser et éradiquer tous les événements de ce type, grâce à la mise en œuvre de mesures, tels que des guides de bonnes pratiques pour venir en aide au personnel hospitalier et au corps administratif. Étant sur la base du volontariat, l'ONVS encourage vivement les établissements de santé à déclarer tous les actes de violences et/ou d'incivilités auxquels ils sont exposés. En effet, ces déclarations permettent de rassembler les acteurs concernés, afin de participer entièrement à

¹⁶ DDHC, art. 8 : « La loi ne doit établir que des peines strictement nécessaires et évidemment nécessaires, et nul ne peut être puni qu'en vertu d'une Loi établie et promulguée antérieurement au délit, et légalement appliquée. »

¹⁷ Par exemple, la circulaire n° DHOS/P1/2000/609 du 15 décembre 2000 relative à la prévention et à l'accompagnement des situations de violence

¹⁸ Circulaire n° DHOS/P1/2005/327 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

une politique liée à la prévention et à la lutte contre la violence et, ainsi, traiter ce phénomène collectivement et efficacement. L'ONVS travaille selon une approche triangulaire : prévention, lutte contre la violence et qualité de vie au travail, qualité des soins. Sur ce fondement, l'Observatoire délivre de précieux conseils pour que les décideurs publics soient guidés dans leurs choix politiques.

Le service public hospitalier, n'étant pas un service public régalién, a besoin des services étatiques pour satisfaire ses missions traditionnelles. En effet, l'hôpital n'a pas vocation à assurer le maintien de l'ordre public mais à prendre en charge des personnes fragiles, parfois vulnérables. Cependant, le nouvel environnement hospitalier témoigne que cette institution est devenue le miroir de la société, en raison de l'ordre social maladroitement maîtrisé. Dans ce contexte, le monde judiciaire et le monde sanitaire sont intimement liés afin de préserver les droits fondamentaux et répondre aux principes du droit positif. L'immixtion des autorités régaliennes semble être une réponse adaptée aux besoins de la communauté médicale, ce qui s'est traduit par la multiplication de fils conducteurs (protocoles, plans de sécurité, instructions, guides, référentiels, recommandations.) Partant, la culture de la sécurité est devenue un enjeu prioritaire, en vue d'atteindre la sagesse et la discipline.

Au regard du nouveau paysage hospitalier, il semble opportun de dresser un état des lieux au sein des établissements publics de santé. Cette première étude s'avère indispensable pour apprécier l'ampleur du phénomène de violence à l'encontre de la communauté médicale, notamment au regard des rapports produits par l'ONVS. Ces derniers démontrent en effet une transformation du service public hospitalier. Dès lors, comment le droit appréhende-t-il cette problématique, en vue de parvenir à une gestion hospitalière humaine et efficace et, ainsi, optimiser la prise en charge des usagers et la qualité de vie au travail ?

Pour répondre à ces interrogations, il conviendra, dans un premier temps, d'analyser le milieu hospitalier, devenu complexe et inconfortable pour les professionnels de santé. Les points névralgiques de la violence à l'hôpital sont devenus une préoccupation majeure des pouvoirs publics et des acteurs locaux, dans la mesure où ils traduisent de lourds symptômes dans la fonction publique hospitalière (partie 1.) Dans un second temps, il s'agira d'étudier la politique volontariste du législateur, afin de préserver la sûreté à l'hôpital. Incontestablement, l'accroissement de l'arsenal législatif dans ce domaine a entraîné l'implication des acteurs nationaux et locaux, dont les autorités régaliennes, dans le monde sanitaire. La préservation des droits et des libertés est la justification primaire de l'intervention étatique dans ces lieux, afin de « *rendre l'hôpital plus humain*¹⁹ » (partie 2.)

¹⁹ V. AUSLENDER, « *Omerta à l'hôpital* », Éditions Michalon, 2017

Partie 1 : État des lieux : la dimension humaine des soins désavouée par la recrudescence des violences et des incivilités à l'hôpital

Le monde sanitaire est le reflet de la société, marquée par des comportements contraires aux règles qui régissent un État. En effet, les métiers liés au service public semblent fragilisés et ébranlables en raison des réactions des usagers, imprévisibles, malveillantes, voire violentes. Les secteurs de l'éducation, de la police, de l'administration ou encore de la justice sont frappés par ce phénomène grandissant. Dès lors, l'hôpital n'est pas un lieu marginal. Cependant, les établissements de santé connaissent des situations de violences particulières, impactant directement la relation médicale. Ainsi, il convient d'examiner ce phénomène pour se rendre compte de cette réalité (chapitre 1.)

Après avoir analysé le contexte hospitalier, il est opportun d'étudier le rôle des acteurs locaux au sein des établissements publics de santé, afin que soient mises en œuvre des règles, répondant à cette situation de crise. En ce sens, il s'agit de repenser la culture du monde hospitalier, en vue d'améliorer le fonctionnement de ces structures. La lutte contre la violence et la dégradation des conditions de travail constitue un enjeu de santé publique, pour lequel les acteurs internes et externes sont mobilisés (chapitre 2.)

Chapitre 1 : La violence, une réalité inconfortable pour le personnel hospitalier

En vue d'appréhender ces événements, l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé édicte des rapports détaillés, en délivrant des données pertinentes, permettant de comprendre les dysfonctionnements au sein des hôpitaux. Ces informations traduisent d'importants symptômes dans la fonction publique hospitalière, dans la mesure où ils troublent la qualité des soins et la qualité de vie au travail (section 1.)

Dans certaines hypothèses, les situations d'incivilités sont amplifiées dans les établissements publics de santé. La France, étant un pays laïc et dans lequel aucune religion n'est privilégiée, est confrontée aux convictions religieuses des patients. Le corps médical doit se montrer tolérant mais également ferme face à des situations difficilement gérables. Bien que le cadre législatif affirme le respect de la liberté de conscience, la communication entre les professionnels de santé et les patients est parfois complexe, notamment afin d'adapter les pratiques médicales. Dès lors, les diversités culturelles et culturelles ont un impact dans la prise en charge médicale. Toutefois, même si les demandes spirituelles et religieuses influent sur la relation médicale, la finalité demeure inchangée : soigner le patient (section 2.)

Section 1 : Des violences confirmées par l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé

La création de l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé constitue une avancée majeure dans la description de la violence à l'hôpital. En effet, les résultats délivrés par cet Observatoire permettent de mesurer l'ampleur de ce phénomène, traduisant le mal-être de la communauté médicale. De surcroît, ces données mettent en évidence les points névralgiques à l'hôpital, dont la transformation de la relation médicale, faisant l'objet de préoccupations politiques. Toutefois, ces chiffres sont à analyser avec prudence²⁰, puisqu'ils sont issus des signalements des établissements de santé sur la base du volontariat (paragraphe 1.) Nonobstant, ces données traduisent des difficultés, tant dans les rapports soignant-soigné que dans les conditions de travail (paragraphe 2.)

Paragraphe 1 : sources et analyses de la violence à l'hôpital

Dans un premier temps, il semble opportun d'étudier les causes qui génèrent des troubles au sein des hôpitaux (A.) Dans un second temps, il conviendra d'interpréter les résultats présentés dans la mesure où ils ont d'importantes répercussions au sein des structures concernées (B.)

²⁰ Rapport ONVS, 2018 : « Les chiffres de ce rapport doivent être analysés avec circonspection car, n'étant pas exhaustifs, ils ne reflètent qu'une tendance (moins de 10% du total des établissements de santé français. »

A) La transformation de l'institution hospitalière, un constat affirmé

Comprendre la violence dans les établissements de santé suppose de s'intéresser au contexte actuel, tant à l'échelle européenne que nationale. En effet, celui-ci a une influence sur les comportements des individus, auquel s'ajoute une montée de la violence des patients à l'encontre des professionnels de santé (1.) Cet environnement morose génère des tensions, impactant les hôpitaux (2.)

1) *Éléments de contexte général*

La sécurité nationale est devenue un enjeu prioritaire en France, principalement à la suite des attentats de janvier 2015. Le contexte actuel, étant caractérisé par la menace terroriste²¹, a accru les politiques de sécurité. Depuis cette date, le territoire français a connu quatorze attaques terroristes. Les services de renseignement indiquent en ce sens que les actes terroristes ont causé la mort de centaines d'individus et de milliers de blessés. L'ouvrage « *Livre noir et blanc du terrorisme en Europe* », publié par l'Association française des victimes du terrorisme le 5 mars 2019, dresse un état des lieux et chiffre les victimes d'attaques terroristes dans la période 2000-2018 au sein de l'Union européenne, en examinant les auteurs de ces actes, les cibles ainsi que l'objectif téléologique poursuivi. Ce livre révèle que la France est l'un des pays de l'Union européenne le plus touché ces dernières années par ces événements, organisés par des groupes terroristes. Une eurodéputée espagnole²² au Parlement européen, travaillant sur ce sujet, considère : « *Les attaques contre notre pensée, notre mode de vie et notre liberté vont continuer*²³. » Elle appelle à la plus grande prudence et vigilance face à la recrudescence des actes terroristes en Europe. Les auteurs de ces actes visent des cibles hautement stratégiques, à savoir, les représentants de l'autorité publique, tels que les militaires ou les policiers, autrement dit, les individus détenteurs du droit de la violence légitime (justifiée, nécessaire et proportionnée.) Même si la violence légitime fait l'objet d'un contrôle par le juge, son encadrement est particulièrement imprécis et confus. Ceci alimente les débats et provoque dans la société un sentiment d'infériorité, voire un abus de pouvoir de la part des forces de l'ordre dès lors qu'ils outrepassent volontairement, ou non, les règles juridiques en la matière.

Dans le milieu médical, la violence est également un moyen utilisé à l'encontre des professionnels de santé. L'objectif étant de déstabiliser la population et son organisation, les actes terroristes dans les hôpitaux répondent aux attentes des auteurs en raison de la nature propre de ce lieu (personnes blessées et affaiblies, matériel médical chimique, médicaments.) De surcroît, par définition, l'hôpital est une institution ouverte et assurément symbolique. Dès lors, ce type d'actes dans les établissements de santé suscitent immédiatement des réactions au plan national, parfois international. Bien que ces attaques demeurent imprévisibles, il est de la responsabilité de l'État de mettre en œuvre des mesures fermes, de reconsidérer l'organisation des établissements de santé et de sensibiliser le secteur hospitalier à la prévention du risque attentat²⁴. La création de ces normes a également permis d'élaborer un corpus de règles lié aux attaques de droit commun, à savoir, celles qui sont vécues quotidiennement par les professionnels de santé. En raison de la présence de telles situations au sein des établissements sanitaires, en 2005, a été créé un Observatoire spécialement dédié aux événements de violence : l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé (ONVS.) L'élément déclencheur a été l'affaire Romain DUPUY, intitulée le « *Drame de Pau.* » Largement médiatisé en France, cet événement a suscité un élan politique afin d'appréhender les risques inhérents aux professions médicales et soignantes²⁵. Les décideurs publics, voyant leurs recommandations et leurs actions insuffisantes, tentent alors de trouver de réelles solutions pour anéantir cette crise générale. Depuis, la sécurité dans les établissements sanitaires et médico-sociaux s'est imposée pour faire face aux carences liées à l'instabilité et aux dangers pesant dans ces structures.

²¹ Dictionnaire de sociologie, 1998, F. REINARES : « *Le terrorisme est une forme de violence dont les effets psychologiques, tels que les réactions émotionnelles d'anxiété ou d'intimidation parmi ceux appartenant à une population donnée, sont clairement disproportionnés par rapport aux conséquences matérielles, aux atteintes physiques aux personnes ou aux biens, qu'elles provoquent. Pour que cette violence acquière un tel impact, en plus d'être systématique et imprévisible, elle se démarque principalement par le fait qu'elle est dirigée contre des cibles choisies en raison de leur importance symbolique. Des cibles dont le mépris les rend un moyen de canaliser les messages et les menaces qui transforment le terrorisme en un mécanisme de communication et de contrôle social.* »

²² Maïte PAGAZAURTUNDU a reçu la Médaille de l'Ordre du Mérite Constitutionnel en 2003 et le Prix SAJAROV des Droits Humains en 2000

²³ *Le Parisien*, 4 mars 2019

²⁴ En ce sens, a été élaborée l'instruction n° SG/HFDS/2016/340 du 4 novembre 2016 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements de santé

²⁵ *L'Express*, 3 janv. 2005, un médecin du Centre Hospitalier des Pyrénées (CHP) confie : « *Auparavant, la ville avait de l'hôpital psychiatrique et ses fous. Désormais, c'est l'hôpital qui craint l'extérieur.* »

2) Les répercussions à l'hôpital : prévenir pour mieux agir

L'Observatoire National des Violences en milieu de Santé recense et analyse les signalements de violence qui ont lieu dans les établissements de santé²⁶, tant à l'encontre des personnes que des biens matériels. Les données délivrées par cet Observatoire ne sont pas exhaustives, mais ces rapports traduisent la réalité hospitalière et le quotidien vécus par les professionnels de santé. Cette étude permet ainsi d'analyser le type de violence et les lieux les plus exposés aux incivilités. A terme, il s'agit d'intégrer dans la culture hospitalière la gestion du risque, en vue de donner naissance à des solutions pour lutter efficacement contre ce phénomène. Progressivement, les établissements entrent dans cette logique, en déclarant à l'ONVS les actes qui perturbent l'organisation et le fonctionnement des services. Cela démontre, d'une part, que ces établissements souhaitent devenir de véritables acteurs de la sécurisation et, d'autre part, que l'Observatoire remplit ses missions de manière efficiente, en accompagnant les établissements face à ces situations. Les pouvoirs publics prennent acte de la réalité du terrain et tentent d'agir activement. Pour illustrer ce propos, en novembre 2016, a été créé un plan d'action interministériel relatif à la sécurisation des établissements de santé. Les ministres chargés de la Santé et de l'Intérieur ont souhaité élaborer une politique générale, englobant les incivilités, les actes de malveillance et les violences pour poursuivre deux objectifs fondamentaux : la protection du personnel et la qualité de vie au travail. De surcroît, ce plan d'action insiste pour que les établissements de santé déclarent systématiquement les événements de violence à l'ONVS pour parvenir à une réelle dynamique dans ce domaine.

Le dernier rapport²⁷ produit par l'Observatoire délivre les signalements recueillis sur la « plateforme signalement ONVS » sur l'année 2017, en analysant leur portée. Cette année-là, 446 établissements²⁸ ont déclaré 22 048 signalements, soit une hausse de 25,3% entre 2016 et 2017. Les 22 048 signalements se répartissent de la manière suivante : 19 996 atteintes aux personnes et 4 555 atteintes aux biens. Il convient de préciser que, parmi ces déclarations, 1 503 signalements concernent à la fois une atteinte aux personnes et une atteinte aux biens. Ces résultats font largement remonter des atteintes aux personnes, expliquant la mobilisation des autorités en la matière. Contrairement au secteur privé²⁹, le secteur public hospitalier est davantage mobilisé dans cette démarche. Afin de rendre compte de l'importance et du sérieux des violences, l'Observatoire a créé une échelle de gravité, comparable à la classification du Code pénal³⁰, lors de la phase de la déclaration par les établissements de santé. Cette échelle a été élaborée selon quatre niveaux de gravité : les insultes et les injures³¹, les menaces d'atteinte à l'intégrité physique de la personne³², les violences physiques³³ et les violences avec des armes, les viols et les séquestrations³⁴. Ces comportements agressifs, difficilement prévisibles et gérables, sont une source d'angoisse. L'incivisme à l'hôpital est retranscrit dans les rapports de l'Observatoire, dans lesquels sont relevés en détails les agressions verbales des usagers (propos insultants, parfois racistes) et les gestes déplacés à l'encontre du personnel. Par ses interventions sur le terrain, l'ONVS peut analyser puis évaluer avec la direction et les agents, les problématiques auxquelles la structure est confrontée. Cette initiative d'accompagnement poursuit les objectifs fixés par les pouvoirs publics, notamment afin d'aboutir à des solutions éclairées et fondées sur les caractéristiques propres de l'établissement (selon le type de violence, les pathologies des patients, les services les plus exposés à la violence.) La description des diverses situations de violences conforte les actions de prévention dans ce domaine, tout en travaillant sur les points sensibles. Cependant, les signalements déclarés à l'ONVS ne constituent pas une plainte. Ainsi, le juge n'est pas automatiquement saisi, dans la mesure où ils n'ont aucune valeur juridique, alors même que ces actes sont contraires à la conduite d'une personne raisonnable. Sur ce point, l'Observatoire précise dans ses rapports que les principes de civisme et de vie en société doivent être remis à l'honneur car « *l'empathie naturelle des personnels de santé ne doit pas aboutir à accepter l'inacceptable.* »

²⁶ Les établissements publics de santé et les établissements sociaux et médico-sociaux déclarent à l'ONVS sur la base du volontariat

²⁷ Rapport de 2018 concernant les données de l'année 2017

²⁸ Cela représente 7,71% des établissements de santé français

²⁹ En 2017, 59 établissements sur les 1 314 établissements de santé privés à but lucratifs (soit 4,5%) ont déclaré 324 signalements. Sur ce point, le rapport de l'Observatoire regrette ce faible pourcentage, considérant pourtant que les établissements de santé privés à but lucratif et à but non lucratif « *vivent les mêmes difficultés de violence et d'incivilité que les établissements publics, même si les proportions peuvent être parfois différentes.* »

³⁰ Crime, délit et contravention

³¹ 6 247 signalements en 2017, soit 33%

³² 3 261 signalements en 2017, soit 17%

³³ 9 273 signalements, soit 49%

³⁴ 215 signalements, soit 1%

B) L'interprétation des résultats délivrés par l'ONVS

Les données statistiques délivrées par l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé nécessitent une interprétation approfondie : les victimes, les motifs, les causes et les conséquences (1.) Cette première approche permettra de se focaliser sur les deux secteurs les plus confrontés aux violences, afin d'en étudier les répercussions (2.)

1) *Approfondissement de la notion de violence à l'hôpital*

L'analyse des données fournies par les rapports de l'Observatoire mettent en lumière la réalité inconfortable, parfois dangereuse, vécue par le personnel hospitalier tout au long de l'année. En 2017, dans tous les établissements de santé déclarants, l'ONVS indique que les actes de malveillance ont fait 36 288 victimes, tant sur le plan personnel (31 386 victimes) que matériel (4 892 victimes.) Parmi les victimes d'atteintes aux personnes, le rapport précise que le personnel constitue la catégorie la plus confrontée à ces situations (81%.) De manière plus détaillée, ont été concernés 2 309 médecins, 10 835 infirmiers et 10 648 personnes soignants. Ces attaques sont lourdes de répercussions et peuvent aboutir à des arrêts de travail. En effet, le rapport de l'Observatoire précise en ce sens « *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'incapacité totale de travail³⁵ (ITT) sur 1 614 signalements mentionnant l'ITT.* » L'incapacité totale de travail est une notion juridique, interprétée par les juridictions pénales. L'ITT reflète les conséquences violentes subies par les victimes, et pour lesquelles il est essentiel d'assurer leur protection professionnelle et personnelle.

Dans la grande majorité des cas, les agressions verbales et/ou physiques à l'encontre du professionnel de santé proviennent des usagers du service public hospitalier. En 2017, 20 369 usagers ont commis de tels actes, directement dirigés à l'encontre du personnel. La manifestation de la violence peut être interprétée comme la volonté de faire pression pour obtenir satisfaction ou encore pour faire part de ses revendications publiquement, devant les autres usagers et le personnel médical et administratif. Il s'agit de comportements difficilement prévisibles, mais ils demeurent intolérables dans la société civile. Les rapports de l'ONVS dressent une liste des causes premières amenant à l'incivilité et à la violence. Sur tous les signalements déclarés, 45% ont précisé les motifs. Le premier est relatif à un reproche lié à la prise en charge médicale (58,8%.) Ce facteur est amplement dominant et traduit l'insatisfaction des patients dans le cadre de la relation médicale. Ce motif comporte en lui-même différents aspects : l'incompréhension du patient, l'insatisfaction du déroulement de la consultation, un geste maladroit du professionnel de santé ou le refus de prescription d'un médicament. D'autres raisons viennent s'ajouter à la recrudescence de la violence à l'hôpital, tels que le temps d'attente jugé excessif (13,2%), un patient alcoolisé lors de sa prise en charge ou au sein de la salle d'attente (12,4%.) Ces différents motifs nuisent considérablement à la qualité de la prise en charge ainsi qu'à la sécurité des patients et des agents. Les comportements agressifs revêtent des formes diverses, considérés comme gravissimes pour le personnel hospitalier concerné. De leur côté, les professionnels de santé, à l'égard de leurs patients, doivent adopter une attitude respectueuse : être attentifs, interpréter et traduire avec précision les symptômes des patients ainsi que leur délivrer toutes les informations relatives à leur état de santé. La position du médecin est guidée par le sens de la responsabilité, de la performance et d'un rapport noble avec son patient. Ces éléments renvoient directement aux droits des patients, au respect de leur dignité, à la promotion de leur place dans le système de santé. Dans ce domaine, le législateur français a élaboré un corpus législatif et réglementaire conséquent.

2) *Les urgences et le secteur psychiatrique, points névralgiques à l'hôpital*

Les urgences et le secteur psychiatrique sont les deux secteurs dans lesquels l'expression des violences verbales et physiques sont quotidiennes. Bien que ce phénomène ne soit pas nouveau, ce constat engendre un sentiment d'insécurité grandissant, nourri de tensions supplémentaires. Le dernier rapport de

³⁵ Selon le Ministère de la Justice, il s'agit de « *la durée pendant laquelle une victime éprouve une gêne notable dans les actes de la vie courante (manger, dormir, se laver, s'habiller, faire ses courses, se déplacer, se rendre au travail.* »

l'Observatoire confirme cette analyse en délivrant des données. La psychiatrie est un secteur particulier, présentant des caractéristiques spécifiques, principalement en raison du profil de l'individu, ayant besoin d'une telle prise en charge médicale. Au regard des résultats présentés par l'ONVS, il ressort que la psychiatrie, à elle seule, recense 21,5% de l'ensemble des atteintes aux personnes, dont 51% sont des violences verbales et 49% des violences physiques. Ces données représentent 4 401 signalements, dont 4 128 atteintes aux personnes. Cependant, il est nécessaire d'interpréter ces résultats avec prudence puisqu'il n'est pas démontré par les spécialistes que les personnes atteintes d'une maladie mentale soient davantage violentes que le reste de la population. Il n'en demeure pas moins que le secteur psychiatrique est une spécialité à part, due à la pathologie des patients, expliquant, la plupart du temps, ce type de comportement. En effet, de nombreux facteurs liés à la pathologie de la personne malade suscitent le passage à un acte violent³⁶. Par exemple, le fait qu'un soignant refuse que le patient fume une cigarette ou refuse qu'il sorte de sa chambre à telle heure de la journée, pour une raison médicale, constitue un élément déclencheur. Pour reprendre le terme des auteurs des rapports suscités, ces agissements sont qualifiés comme étant des « *intolérances à la frustration*. » Or, il est difficile pour le personnel soignant de maîtriser les contrariétés des patients. Pour ces derniers, la seule possibilité de se faire comprendre est la violence à l'encontre de ceux qui les soignent.

En outre, à côté du secteur psychiatrique, les urgences sont aussi confrontées à des situations de violence. Par nature, les urgences sont un lieu dans lequel les crises et les frustrations sont présentes quotidiennement. Ce constat contredit la vocation traditionnelle des urgences, caractérisée par l'accueil et la solidarité, reposant sur une prise en charge rapide et prioritaire. Le dernier rapport de l'Observatoire indique que, sur les signalements déclarés en 2017³⁷, les agressions verbales représentent 82% et les agressions physiques 18%. L'incivilité et les attitudes individualistes des patients constituent la première justification des tensions qui pèsent aux urgences. Différents facteurs sont à l'origine de ce phénomène : l'attente, l'incompréhension des priorités, la présence de patients alcoolisés, l'inquiétude, les contestations du fonctionnement administratif, le manque d'informations, les services surchargés ou encore l'insuffisance de personnel hospitalier. Ces situations aboutissent très régulièrement à tensions, voire à la violence. De ce fait, les forces de l'ordre interviennent régulièrement afin d'assurer le plus rapidement la sécurité des lieux. Dans ce contexte, caractérisé par la surpopulation dans les hôpitaux, s'ajoute la diminution drastique des médecins de garde la nuit en ambulatoire. Cette situation est contraire au principe de la permanence des soins et est dénoncée dans l'enquête réalisée par le Conseil National de l'Ordre des Médecins³⁸. Ce dernier considère que le « *désengagement des médecins libéraux*³⁹ » est un frein et un facteur aggravant au fonctionnement des urgences à l'hôpital. Dans son rapport, l'Ordre confirme la tendance grandissante des médecins libéraux, à savoir, celle de ne plus assurer les soins en nuit profonde (entre minuit et huit heures du matin⁴⁰.) En parallèle, le rapport précise que les Agences Régionales de Santé ont une grande part de responsabilité dans ce désert médical de nuit, fondé sur la « *recherche d'efficacité financière* », au détriment des besoins médicaux de la population⁴¹.

Paragraphe 2 : éléments de contexte et violence, quelles conséquences dans la relation médicale et dans les conditions de travail ?

Après avoir analysé les sources et les éléments déclencheurs de la violence au sein des hôpitaux, il convient désormais de s'intéresser aux impacts que ces situations provoquent dans la relation médicale. En effet, ce phénomène, encre au sein des établissements de santé, entraîne d'importantes souffrances (A.) L'amertume ressentie par le personnel hospitalier joue considérablement sur leurs conditions de travail, influant notamment sur leurs motivations professionnelles (B.)

³⁶ Par exemple, la schizophrénie, les phobies, la dépression, les drogues, les troubles bipolaires

³⁷ Selon le rapport 2018 de l'ONVS : « *Pour les cas les plus graves, la presse fait l'écho, il s'agit de scènes très violentes et traumatisantes (délinquants de bandes rivales qui se retrouvent aux urgences, évasion ou tentative d'un gardé à vue ou d'un détenu avec la présence de complices et même parfois d'un commando armé, intrusion à plusieurs personnes pour chercher un blessé par arme, gazage lacrymogène du service, personnes ivres, toxicomanes, personnes menaçantes avec armes blanches.)* »

³⁸ Enquête « *État des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale au 31 décembre 2018* »

³⁹ Terme utilisé dans le rapport de l'Ordre des médecins

⁴⁰ Selon les auteurs, « *sur ce créneau, plus aucun territoire n'est couvert pour trente départements.*⁴⁰ » Ils ajoutent en ce sens « *il est possible que cette tendance à la baisse se confirme en 2019.* »

⁴¹ Franceinfo, 26 mars 2019 : « *La fusion de certains secteurs de garde augmente le nombre de demande à prendre en charge, allonge les distances à parcourir et dissuade donc les médecins de s'engager dans la permanence des soins.* »

A) Les impacts dans la relation médicale

Les conséquences des actes malveillants des patients à l'égard des professionnels de santé déstabilisent la relation médicale, alors que les principes fondamentaux liés à la médecine constituent les piliers de cette profession (1.) Pourtant, l'affaiblissement du sens relationnel et du seuil de tolérance dans la relation médicale est confirmé par de nombreuses études (2.)

1) *Des règles éthiques et déontologiques amoindries*

Auparavant, la relation médicale reposait sur un modèle paternaliste, norme médicale de référence⁴². Ce modèle est caractérisé par l'attitude passive du patient, voire infantilisée, face au pouvoir de décision du médecin, détenteur des règles de l'art. Par nature, la relation médicale est source d'émotions, parfois d'inquiétudes, et génèrent des émois. Cependant, afin d'exercer de manière régulière sa profession, le médecin se doit de répondre aux normes déontologiques qui régissent ses missions. En ce sens, le Code de la santé publique prévoit : « *En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement* »⁴³. Ces dernières années, les professionnels de santé ont été soumis à des règles éthiques et déontologiques de plus en plus strictes, notamment pour favoriser l'échange entre le patient et le médecin. Cette relation est devenue exigeante, dans laquelle des explications plus soutenues et plus complètes sont demandées. Désormais, les patients souhaitent à ce que soit prise en compte leur singularité, au regard de leur maladie ou de leurs symptômes⁴⁴. Cette conduite constitue le fondement de la relation médicale, afin que la consultation se déroule dans des conditions optimales, notamment sur le plan psychologique. Ces valeurs répondent aux normes de référence et sont les moyens les plus sûrs de promouvoir le dialogue. C'est effectivement sur les bases de la confiance, de la prudence et de la compassion que se forme la relation médicale. Toutefois, ces règles reflètent une nouvelle logique : le système de soins est désormais centré sur le patient, dans la mesure où il s'informe lui-même et partage ses connaissances avec son médecin.

L'augmentation des droits des patients et les normes qui régissent la relation médicale font cependant l'objet d'interrogations. En vertu des évolutions sociétales et des progrès des technologies, de l'information et la communication, les comportements des patients évoluent, devenant davantage revendicatifs. Par exemple, un retard ou une erreur dans le diagnostic médical constitue désormais un facteur d'un éventuel conflit. La fragilisation de la relation médicale s'accroît également face aux comportements des patients, étant qualifiés par les rapports de l'ONVS d'impulsifs, d'instables et d'intolérants. À ces qualificatifs, s'ajoutent plusieurs faits aggravants, tels que les pathologies mentales, l'état d'ébriété, l'usage de stupéfiants. En conséquence, la communication entre le personnel hospitalier et les usagers est de plus en plus complexe et les attitudes de moins en moins prévisibles. Ces différents aspects écartent les notions fondamentales liées au colloque singulier.

2) *Un affaiblissement du sens relationnel confirmé par des études*

Dépréciée de sa valeur, la relation médicale a donné lieu à des analyses. Différentes études méritent d'être étudiées car elles mettent en lumière les effets négatifs de tels agissements et les répercussions d'une telle transformation dans le rapport soignant-soigné. Dans un premier temps, les données délivrées par les rapports de l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé traduisent cette tendance destructrice dans la relation médicale. Les résultats démontrent l'affaiblissement du sens relationnel et du seuil de tolérance entre le professionnel de santé et son patient. Les conséquences sont d'autant plus importantes, dans la mesure où elles influent sur la qualité des soins et la qualité de vie au travail, faisant perdre au corps médical son autorité liée à la pratique de son art. L'Observatoire fait état de la détérioration significative

⁴² *Le Quotidien du Médecin*, I. MOLEY-MASSOL, 8 déc. 2017 : « *La relation entre un patient et un médecin est le fondement de l'exercice médical. Il s'agit toujours d'une rencontre singulière et imprévisible, qui se construit autour du double langage, du corps et du symptôme et de celui de la parole. Celle-ci porte en elle un formidable pouvoir structurant, rassurant, mobilisateur de ressources ou au contraire de frustrations, de colère, de revendications.* »

⁴³ CSP, art. R4127-37

⁴⁴ CSP, art. R4127-35 : « *Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension.* »

de la relation médicale, en indiquant que les incivilités et les violences constituent une nuisance sociale. De surcroît, cet environnement, contraire aux règles civiles, dérègle le fonctionnement de l'institution hospitalière, suscitant une désorganisation dans la prise en charge, une démotivation des équipes médicales et soignantes ainsi qu'un épuisement professionnel face au sentiment d'agression gratuite. En conséquence, les répercussions sont parlantes dans la mesure où elles impactent négativement l'établissement (souffrance du personnel, arrêt de travail, service public hospitalier perturbé, rotation d'effectif, dégradation de la réputation de l'hôpital.)

La littérature⁴⁵ affirme que les comportements désobligeants et malveillants constituent des facteurs d'insécurité professionnelle, mettant en péril la relation médicale. Une étude⁴⁶, réalisée par une équipe de chercheurs américains et israéliens, apporte la signification d'un environnement défavorable à de bonnes conditions de travail. Les auteurs de ce projet considèrent en ce sens : « *Notre objectif était d'explorer l'impact des comportements grossiers sur la performance des équipes médicales.* » Après avoir réalisé cette étude auprès de professionnels, les résultats sont, selon les chercheurs, « *stupéfiants* » et « *effrayants* » en raison des comportements abjects et discourtois ainsi que des réflexions vexatoires, qui ne sont pas sans conséquences. Les auteurs concluent en considérant que le personnel hospitalier est bien plus performant et conforme aux règles médicales lorsque le travail est réalisé dans la cordialité, la confiance et la bienveillance. Les nouveaux rapports soignant-soigné font l'objet d'une prise de conscience nationale prégnante. À ce titre, en 2017, a été organisé à Paris le Congrès de l'European Association for Physician Health, intitulé « *Being a doctor et staying a person*⁴⁷. » Les médecins organisateurs de cet événement ont dressé un bilan alarmant, fondé sur l'échelle Maslach Burnout Inventory (MBI), dans lequel ressort le constat suivant : le risque de suicide chez les soignants est plus important que dans les autres professions. Cette étude n'est pas exclusive au phénomène de violence à l'hôpital mais, les résultats confirment que ce facteur a une part de responsabilité dans ce nouvel environnement hospitalier. Cette analyse est un signe péjoratif pour le système de santé français. L'évolution de la profession amène à penser que les médecins et les soignants s'éloignent de plus en plus de leur cœur de métier, au détriment de la qualité des soins. Ces difficultés appellent à reconsidérer le fonctionnement de leur profession, face à la dangerosité et à la perte d'autonomie qu'ils expriment. Cette thématique témoigne de l'évolution culturelle⁴⁸. Il s'agit d'un message fort, devant faire l'objet d'une priorité nationale pour pouvoir agir dans la durée. Le renforcement des mesures de protection doit être mis en avant dans la mesure où la qualité de vie au travail est une composante élémentaire d'un travail de qualité.

B) Les répercussions dans les conditions de travail

Le droit fixe les conditions de travail afin que l'environnement dans lequel travaillent les individus soit propice, sans pénibilité, ni risque. Les conditions de travail comprennent de multiples éléments, notamment organisationnels, sociaux et psychologiques, afin d'optimiser et de rendre attractif les secteurs professionnels (1.) Néanmoins, à l'hôpital, les conditions de travail ne semblent pas répondre à la volonté affirmée par les pouvoirs publics dans ce domaine (2.)

1) *La notion de conditions de travail, un glissement progressif vers l'hôpital*

Les enquêtes relatives aux conditions de travail sont réalisées par la Direction de l'Animation de la Recherche, des Études et des Statistiques (DARES), interlocutrice privilégiée des ministères et des décideurs publics. Depuis 1978, et tous les sept ans, des études sont réalisées afin de déterminer le ressenti des travailleurs dans le cadre de leur profession. En 2013, ces enquêtes ont été étendues au secteur public, avec la collaboration de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) et de la Direction Générale de l'Administration et de la Fonction Publique (DGAFP.) Les enquêtes réalisées sont faites à partir de questions posées aux professionnels, relatives au rythme de travail,

⁴⁵ « *Quels facteurs de performance sur quels types d'équipe ? L'avis des managers* » P. LANGEVIN, HAL, mai 2011

⁴⁶ « *Les remarques désobligeantes envers le corps médical* », TechHopital, sept. 2015 (cette étude a été réalisée en plaçant vingt-quatre équipes médicales dans un exercice relatif à la prise en charge d'un nouveau-né atteint d'une entérocolite nécrosante.)

⁴⁷ « *Être médecin et rester une personne* »

⁴⁸ En 2014, l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille a reçu le Grand Prix de la Communication Hospitalière pour sa campagne de communication intitulée « *Stop violence : les professionnels de l'AP-HM prennent soin de vous, prenez soin d'eux !* » dans le cadre du plan de prévention de la violence

aux risques qu'ils rencontrent au quotidien, à leur reconnaissance professionnelle ou encore à leur degré d'autonomie. Les études liées aux conditions de travail sont le reflet de la société actuelle, marquée par la volonté de la satisfaction au travail et pour lesquelles les autorités publiques s'engagent activement. En ce sens, le législateur a souhaité adopter des stratégies afin d'aider les travailleurs, tous secteurs confondus, à exercer dans des milieux appropriés et stables. Dans le milieu hospitalier, cette logique est poursuivie dans le cadre d'objectifs fixés par le gouvernement. En effet, depuis plusieurs années, les réformes font l'éloge de la qualité des soins et de la qualité de vie au travail. A titre d'illustration, la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie a créé la Haute Autorité de Santé (HAS), autorité publique indépendante à caractère scientifique, pour optimiser le fonctionnement, l'organisation et les pratiques des professionnels de santé. Devenue nécessaire pour les établissements de santé, la HAS a inauguré une nouvelle notion dans le paysage hospitalier : « *la promotion de la qualité de vie au travail*.⁴⁹ » À l'appui de témoignages de professionnels de santé et d'usagers, l'objectif est d'améliorer le fonctionnement des établissements de santé. Portant des valeurs de solidarité et d'équité, la Haute Autorité de Santé a pour missions principales d'élaborer des recommandations de bonne pratique et d'enrichir la qualité du système de santé.

Les pouvoirs publics⁵⁰ sont allés plus loin dans leur démarche, en créant en 2018 l'Observatoire national de la qualité de vie au travail pour tous les professionnels de santé (en établissement, en ambulatoire ou à domicile.) Les missions de cet Observatoire reposent sur trois axes majeurs : donner une impulsion nationale pour porter une priorité publique, l'amélioration de l'environnement et les conditions de travail des professionnels au quotidien et accompagner les professionnels au changement afin d'améliorer la détection des risques psycho-sociaux. Les finalités recherchées sont de revaloriser la profession, concilier continuité des soins et rythme de travail, inscrire dans le projet d'établissement la promotion de la qualité de vie au travail, renforcer la sécurité des professionnels dans le cadre de politiques sociales et accentuer le rôle des supérieurs hiérarchiques en termes de soutien et d'accompagnement psychologique. L'intervention de l'État dans ce dispositif traduit la souffrance des établissements, pour lesquels des solutions concrètes doivent être proposées et mises en œuvre. Toutefois, l'examen de la satisfaction au travail diverge selon le domaine d'activité professionnelle. À l'hôpital, des contraintes, tant internes qu'externes, nuisent à la qualité de vie au travail (les horaires, l'organisation, les risques, les nuisances, la pénibilité, le contenu, la charge mentale.) Dès lors, les risques des professions médicales et soignantes sont des facteurs à prendre en considération. À cela, s'ajoute la dégradation des rapports soignant-soigné, constituant un élément aggravant dans ce corps de métier. À terme, c'est le secteur hospitalier qui est la cible principale de ces situations dans la mesure où elles affaiblissent son attractivité. Ainsi, bien que la qualité de vie soit l'affaire de tous pour préserver la santé au travail, cette notion semble encore utopique au sein des hôpitaux.

2) *Les conséquences de l'environnement hospitalier sur les conditions de travail*

Depuis les années 1990, les établissements publics de santé ont connu des changements dans leur organisation, modifiant le rythme de travail des soignants et des médecins⁵¹. La volonté des autorités publiques d'améliorer la qualité des soins, tout en diminuant les dépenses hospitalières, s'est traduite par une diminution de l'offre. L'une des conséquences les plus marquantes est l'insuffisance du personnel, dont les répercussions sont irréversibles. En effet, l'hôpital est confronté à un manque de personnel, à des *turnover*⁵² réguliers ou encore à des départs et des absences imprévus. Ce constat compromet les conditions de travail et nourrit la défaillance du système de santé. Le contexte hospitalier est effectivement marqué par deux logiques contradictoires : celle du service public et celle de la productivité. Les réformes et les évolutions récentes affirment le nouveau visage de l'hôpital, caractérisé par la culture managériale et par la volonté d'adopter des méthodes de gestion liées à la performance économique. Ces notions sont désormais appliquées aux hôpitaux afin d'optimiser son fonctionnement. Or, ces transformations n'ont pas eu de réels effets positifs, en raison de la recherche permanente de l'efficacité économique. Désormais, les valeurs collectives de la profession sont écartées pour laisser la place à davantage d'individualité. Ces limites, tant

⁴⁹ Manuel de certification V2010

⁵⁰ M. TOURAINE, communiqué de presse, 5 déc. 2016 : « Prendre soin de ceux qui nous soignent »

⁵¹ S. BENALLAH et J.P. DOMIN, « Réforme de l'hôpital. Quels enjeux en termes de travail et de santé des personnels ? », *La Revue de l'Ires* 2017/1-2

⁵² Dictionnaire LAROUSSE (2019) : « Rotation du personnel »

financières qu'organisationnelles de l'hôpital, entravent les conditions de travail. En effet, les contraintes liées au rythme de travail, l'exposition à des produits dangereux, les horaires décalés⁵³ (travail de jour, de nuit, les dimanches), le devoir d'apaiser les souffrances des usagers ainsi que les tensions avec le public mettent en évidence certaines pénibilités inhérentes aux professions sanitaires. Ces spécificités professionnelles sont complétées par les urgences médicales et les pics d'activités.

Le rythme intense du personnel hospitalier, et qui ne cesse de s'accélérer, engendre de nombreux risques, dont les risques psychosociaux⁵⁴. À cet égard, l'enquête réalisée par la DARES en 2017 comprend un volet relatif à cette thématique, intitulé « *Les contraintes psychosociales, les relations avec le public, la violence au travail.* » Les auteurs de cette étude ont analysé les données et l'ont interprétée de la manière suivante : « *Plus de la moitié des agents de la fonction publique hospitalière travaillent dans un établissement déclarant une exposition généralisée ou localisée au travail dans l'urgence (65 %), à l'impossibilité de faire un travail de qualité (56 %), à une charge trop importante de travail (51 %) et aux tensions avec le public (51 %).* » L'enquête s'est fondée sur différents critères pour parvenir à ces résultats, dont les exigences de travail, les exigences émotionnelles ainsi que les conflits de valeurs et l'insécurité socio-économique. Ces critères sont intimement liés aux conditions de travail et permettent de décrire fidèlement le travail effectué et ressenti. Les contraintes inhérentes aux conditions de travail alimentent les tensions dans les établissements de santé par le biais d'une pression temporelle, tel que le fait d'être obligé de se dépêcher pour accomplir une tâche ou d'interrompre une tâche pour en effectuer une autre. Cette quantité de travail, laissant souvent de côté la qualité, peut générer un sentiment de « *qualité empêchée* »⁵⁵. Les réformes hospitalières et les conditions de travail s'additionnent dans le temps. De ce fait, elles ont fait surgir progressivement une spirale dangereuse dans laquelle il semble compliqué de sortir. Il y a en effet un écart important entre les attentes des usagers du service public hospitalier et l'offre en raison de la pression permanente dans les hôpitaux. La charge de travail, l'intensité du travail imposé et l'épuisement des équipes médicales ont des effets délétères, notamment en termes de motivation professionnelle. Les réformes successives ont contribué au nouveau paysage hospitalier, en modifiant sa vocation traditionnelle. Cependant, un autre phénomène nécessite d'être étudié puisque, lui aussi, est source de divergences dans la relation médicale, pouvant aboutir à des conflits de valeur.

Section 2 : Les tensions à l'hôpital, un phénomène complété par les revendications religieuses

Le choix de la laïcité en France s'est concrétisé avec la loi du 9 décembre 1905⁵⁶, texte symbolisant la séparation de l'Église et de l'État. La Constitution de 1958 a confirmé cette position en déclarant : « *La France est une République indivisible, laïque, démocratique et sociale.* » Ces dispositions signifient que la liberté de conscience est une liberté publique, pour laquelle l'État a une position neutre. Depuis, la consécration de ce principe dans le corpus juridique demeure inchangée. Les services publics sont concernés par ce principe, comme en témoigne la Charte de la laïcité de 2007 (paragraphe 1.) Cependant, bien que ce principe soit reconnu comme étant essentiel dans la République française, il peut être source de conflits. Le cas de l'hôpital est une illustration éloquent, mettant en avant le décalage de certains codes culturels. Dès lors, une analyse approfondie de cette situation mérite d'être étudiée, complétés par des exemples concrets (paragraphe 2.)

Paragraphe 1 : l'hôpital, entre convictions religieuses et limites

Les règles liées au principe de laïcité se traduisent par la neutralité⁵⁷ de l'administration française, à savoir, celle de l'État, des collectivités territoriales et des services publics. L'hôpital, disposant de son

⁵³ Enquête « *Conditions de travail* », DARES, 2013 : « *Le travail de nuit, le travail le week-end et le fait de ne pas disposer d'au moins quarante-huit heures consécutives de repos concernent plus de 70% du personnel hospitalier.* »

⁵⁴ Le Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail a défini cette notion ainsi : « *Les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental.* »

⁵⁵ « *Souffrance, défenses, reconnaissance. Le point de vue du travail* » P. MOLINIER, *Nouvelle revue de psychologie* 2010/2 : « *faire son travail avec des outils inappropriés, ou en prenant des risques pour sa sécurité, ou en bâclant par manque de temps.* »

⁵⁶ Loi 9 décembre 1905 instaurant la séparation des Églises et de l'État, art. 1^{er} : « *La République assure la liberté de conscience. Elle garantit le libre exercice des cultes.* »

⁵⁷ Dictionnaire LAROUSSE (2019) : « *La neutralité renvoie à l'état d'une personne qui reste neutre, qui évite de prendre parti, qui s'abstient ou en s'implique pas. Juridiquement, la neutralité est synonyme d'impartialité, est neutre la personne qui ne prend pas parti pour l'un plutôt que pour l'autre ; qui ne favorise pas l'un aux dépens de l'autre.* » ; C ; constit. DC n°86-217 du 18 septembre 1986

propre service public, se trouve alors dans l'obligation de se conformer à ce principe. La laïcité est fermement encadrée par le législateur en énonçant des droits et des devoirs, tant à l'égard du personnel que des usagers (A.) Cependant, l'articulation entre pratiques médicales et convictions religieuses est loin d'être évidente et fait état d'un service public hospitalier déséquilibré (B.)

A) Le respect du principe de laïcité dans la fonction publique hospitalière

Le service public doit répondre à des exigences particulières afin de garantir son fonctionnement. Pour cette raison, les décideurs publics ont créé des obligations à l'égard des usagers et des agents publics (1.) La principale justification de l'inscription de droits et de devoirs au sein des services publics repose sur le maintien de l'ordre public, notion fondamentale en droit administratif (2.)

1) *Les droits et les devoirs des usagers et des agents publics*

Alors que la liberté religieuse diminue à l'échelle internationale⁵⁸, le cadre juridique relatif à la laïcité en France est resté identique depuis plus d'un siècle. Ceci signifie que la liberté de conscience et la possibilité de manifester ses convictions ne peuvent faire l'objet de sanction. Ce principe se traduit également par la garantie d'assurer l'égalité des citoyens dans les services publics, quelles que soient leurs croyances religieuses. Dans les trois versants de la fonction publique⁵⁹, la laïcité et la liberté de conscience constituent des piliers intangibles, auxquels s'ajoute l'obligation de neutralité des agents publics⁶⁰. La loi du 20 avril 2016 relative à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires conforte la place de la laïcité au sein des services publics. Cette norme rappelle les droits et les devoirs des agents publics dans l'exercice de leur fonction (non-discrimination, stricte neutralité, égalité de traitement.) Les fonctionnaires ont ainsi l'obligation de respecter le principe de laïcité et doivent adopter une attitude neutre dans leur activité professionnelle, en vertu de la loi du 13 juillet 1983. S'agissant de la fonction publique hospitalière, des règles similaires ont été élaborées, inscrites dans le Code de la santé publique⁶¹.

Le juge administratif a également été confronté aux questions relatives aux convictions religieuses. Celui-ci considère que la liberté de conscience et la liberté de culte doivent être respectées mais il est interdit pour tout agent public, dans le cadre de ses fonctions, de manifester ses opinions religieuses⁶². Le droit reconnaît toutefois au médecin la possibilité d'invoquer sa clause de conscience⁶³ dès lors qu'il considère que l'acte demandé est contraire à ses convictions personnelles ou éthiques, sauf urgence vitale. Les établissements de santé et le personnel hospitalier doivent respecter les convictions religieuses des patients ainsi que leurs rites religieux, en vertu de la Charte du patient hospitalisé du 6 mai 1995. Cette exigence s'inscrit en tant qu'obligation à l'égard de la communauté médicale et soignante, afin de favoriser le bien-être du malade. Par exemple, la religion catholique comporte de nombreux principes fondamentaux (lecture de la Bible, mettre en valeur certains signes religieux lors du décès.) Connaître les pratiques des usagers permet de préserver l'échange et d'adapter la consultation ou l'intervention médicale, sans rien imposer. Dès lors, comprendre les comportements spirituels et religieux est le signe d'une relation fondée sur des bases solides, sans incompréhension. Du côté de l'usager, la Charte du patient hospitalier garantit la liberté de conscience des patients. En ce sens, celle-ci déclare : « *La personne hospitalisée est traitée avec égards. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.* » Ce même texte ajoute que le patient doit faire connaître ses pratiques religieuses. En d'autres termes, cette disposition signifie que le patient est invité à informer le personnel soignant de ses habitudes de vie liées à ses pratiques religieuses (recueillement, nourriture, rites funéraires.) Toutefois, même s'il lui est autorisé de pratiquer sa religion au sein de l'hôpital, certaines limites à cette liberté sont fixées, conformément à la Charte : « *L'expression des convictions religieuses ne doit porter atteinte ni au fonctionnement du service, ni à la*

⁵⁸ Rapport de l'Association Aide à l'Église en Détresse, 2016 : « *Sur les 196 pays étudiés, 38 ont montré des preuves indubitables de violations importantes de la liberté religieuse, dont 20 pratiquent la persécution religieuse.* »

⁵⁹ État, collectivités territoriales et hospitalière

⁶⁰ CE, Mlle MARTEAUX, 3 mai 2000, n°217017 (principe jurisprudentiel)

⁶¹ CSP, art. R.1112-46 : « *L'établissement de santé doit respecter les croyances et convictions des personnes accueillies. Dans les établissements de santé publics, toute personne doit pouvoir être mise en mesure de participer à l'exercice de leur culte.* »

⁶² CE, 27 juin 2018, n°419595

⁶³ CSP, art. R4127-47 : « *Hors le cas d'urgence, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins.* »

qualité des soins, ni aux règles d'hygiène, ni à la tranquillité des autres personnes hospitalisées et de leurs proches. » Il s'agit de respecter les impératifs énoncés par la loi, afin de préserver la neutralité du service public hospitalier. Ainsi, les devoirs et les obligations qui incombent au personnel hospitalier ainsi qu'aux patients sont encadrés par un corpus de règles déterminé. Le principe de laïcité et ses exigences sont énoncés dans un but ultime : celui du maintien de l'ordre public.

2) Les restrictions des convictions religieuses à l'hôpital

Adopter un comportement respectueux des règles civiles est la clé d'un dialogue fondé sur la confiance et le respect. Il en va de même concernant les pratiques et convictions religieuses. En effet, la conformité à ces règles est le fruit du fonctionnement optimal de l'hôpital et contribue au bon vivre-ensemble. Bien que la Charte de la laïcité dans les services publics de 2007 affirme la possibilité pour les usagers de pouvoir exprimer leurs convictions religieuses, cette liberté est cependant tempérée. En ce sens, ces derniers ne doivent pas porter atteinte à la neutralité du service public, ni à son bon fonctionnement ainsi qu'aux impératifs d'ordre public, de santé et d'hygiène. Ainsi, les textes mettent en avant que le respect des règles énoncées nécessite parfois de rompre avec les convictions religieuses au nom de l'ordre public dès lors qu'une situation particulière pourrait l'entraver. Sur le plan juridique, le juge européen s'est prononcé dans l'une de ses décisions, dans laquelle une requérante considérait que le refus de retirer son voile dans le cadre de son exercice professionnel était constitutif d'une violation de l'article 9 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales, protégeant la liberté de conscience et de religion⁶⁴. Or, la Cour en a jugé autrement, estimant que la neutralité des services publics a une valeur supérieure à la liberté religieuse : « *L'hôpital est un lieu où il est demandé aux usagers, qui ont pourtant la liberté d'exprimer leurs convictions religieuses, de contribuer à la mise en œuvre du principe de laïcité en s'abstenant de tout prosélytisme et en respectant l'organisation du service et les impératifs de santé et d'hygiène en particulier. En d'autres termes, la réglementation de l'État concerné y fait primer les droits d'autrui, l'égalité de traitement des patients et le fonctionnement du service sur les manifestations des croyances religieuses*⁶⁵. » L'encadrement juridique des convictions religieuses est essentiel, car, même si celles-ci sont tolérées, certaines interdictions sont considérées comme étant légitimes par les juges.

De nombreux cas concrets reflètent la réalité vécue par le personnel hospitalier, lorsqu'ils sont confrontés à des patients ayant des exigences religieuses. En vue de mieux appréhender ces situations, l'Observatoire de la laïcité⁶⁶ a élaboré un guide en 2016, intitulé « *Guide laïcité et gestion du fait religieux dans les établissements publics de santé*. » Celui-ci dresse certaines hypothèses, tout en rappelant le cadre législatif en la matière. La commission qui a réalisé ce document soulève les problématiques récurrentes au sein des hôpitaux, en traitant diverses questions : lorsqu'un usager refuse de se conformer à l'autorité d'un professionnel de santé de sexe féminin ou encore le fait pour un soignant de refuser de serrer la main de ses collègues femmes. Ces agissements constituent une atteinte à la dignité des personnes et sont qualifiés comme étant des actes de discrimination, passibles de sanctions. L'Observatoire ajoute dans son guide de multiples exemples, dont les pratiques religieuses liées aux prières. En ce sens, un patient qui prie au sein d'un établissement public de santé est toléré mais cette prière doit être réalisée dans le strict respect de la tranquillité des autres usagers. Existente également les hypothèses des interdits alimentaires et le jeûne. Dans ce dernier cas, le personnel médical doit se conformer aux volontés du patient, en respectant les exigences alimentaires du patient, mais elles doivent être limitées au regard de son état de santé, l'objectif étant de ne pas lui faire courir de risques. Il demeure de la responsabilité du patient et du professionnel de santé d'apporter des informations quant aux pratiques religieuses et aux rites culturels afin que la relation médicale se passe dans la sérénité. Le principe de laïcité suppose que chacun adopte un comportement digne et respectueux, tel qu'explicité par la loi. Or, ce principe est fréquemment outrepassé dans la mesure où certains usagers s'approprient ce principe à leur manière, selon leurs convictions. En conséquence, le

⁶⁴ CESDH, art. 9 : « Toute personne a droit à la liberté de pensée, de conscience et de religion ; ce droit implique (...) la liberté de manifester sa religion ou sa conviction individuellement ou collectivement, en public ou en privé, par le culte, l'enseignement, les pratiques et l'accomplissement des rites. La liberté de manifester sa religion ne peut faire l'objet d'autres restrictions que celles qui, prévues par la loi, constituent des mesures nécessaires, dans une société démocratique, à la sécurité publique, à la protection de l'ordre, de la santé ou de la morale publiques, ou à la protection des droits et libertés d'autrui. »

⁶⁵ CEDH, *EBRAHIMIAN c/ France*, 26 nov. 2015, n°64846/11

⁶⁶ Commission consultative, créée en 2007, pour conseiller les pouvoirs publics sur le respect et la promotion du principe de laïcité

dépassement des limites légales est le fruit d'incompréhension dans la relation médicale et perturbe le fonctionnement de l'hôpital.

B) L'interaction entre médecine et religion : un sentiment d'inconfort grandissant

Bien qu'érigé en principe constitutionnel, le principe de laïcité connaît certaines imperfections, venant fragiliser le service public hospitalier (1.) Le cadre juridique énonce les conduites à adopter au sein du service public mais les incompréhensions liées aux pratiques religieuses dans la prise en charge médicale nourrissent les tensions et remettent en cause le principe de laïcité en lui-même (2.)

1) *Un principe directeur mais fragilisant le service public hospitalier*

Les hôpitaux s'efforcent de garantir le principe de laïcité en leur sein. Cependant, la prise en charge médicale n'est pas toujours la traduction parfaite des règles établies par les acteurs locaux et nationaux, mettant ainsi la communauté médicale dans des situations complexes. Le respect du principe de laïcité dans les établissements de santé fait souvent l'objet d'une remise en question, dans la mesure où celui-ci n'est pas entendu de la même manière par les individus. En ce sens, certains patients interprètent ce principe selon leurs propres idées afin de mettre en avant leurs convictions religieuses, au détriment du corps médical. Dès lors, ce dernier se trouve parfois dans l'obligation de s'adapter aux exigences particulières revendiquées par les usagers. Or, cette absence de consensus entre ces deux protagonistes, concernant ce principe, a des conséquences sur les pratiques des médecins et des soignants. Afin d'apporter des réponses à ces situations qui altèrent les services publics, un rapport⁶⁷, publié en décembre 2003, a été établi par la Commission STASI⁶⁸ et remis à l'ancien Président de la République, Jacques CHIRAC. L'objectif souhaité est de réaffirmer les valeurs républicaines et de reconsidérer la place du principe de laïcité face à la diversité religieuse dans l'État français. Pour ce faire, ce rapport appelle, selon les termes utilisés, à des « *accommodements raisonnables*. » Les commissionnaires dressent un état des lieux, en indiquant que de tels comportements détériorent l'organisation et le rythme des administrations, ce qui nécessite de trouver des solutions adéquates et acceptées par les citoyens. Le principe de laïcité se trouve au cœur de préoccupations politiques afin d'aboutir à résoudre cette problématique, devenue un enjeu public au regard des considérations de ce rapport : « *Des services publics sont, au nom des convictions religieuses de certains de leurs usagers, niés dans leur principe et entravés dans leur fonctionnement. En effet, les revendications auxquelles ils doivent faire face mettent en cause l'égalité et la continuité qui les fondent. Si la République n'est pas à même de restaurer leur fonctionnement normal, c'est donc l'avenir même de ces services publics qui est en jeu. Peu de secteurs de l'action publique sont épargnés par cette évolution. Les dysfonctionnements, loin de se limiter à l'école, touchent aussi hôpitaux, prisons, palais de justice, équipements publics ou services administratifs.* » Considérant que les « *fondements du pacte social sont sapés* », la Commission tente de concilier les deux principes fondamentaux, liberté de conscience et principe de neutralité, actuellement en constante confrontation. Cependant, cette articulation est difficile à mettre en œuvre.

Dans le service public hospitalier, le non-respect du principe de laïcité trouble la relation médicale et, parfois, entrave les missions de soins. En conséquence, l'absence d'acceptation consensuelle de la laïcité porte atteinte à ce principe ainsi qu'aux règles déontologiques des professions médicales. En ce sens, bien que le législateur prône « *des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science*⁶⁹ », il est également indispensable que le patient s'adapte aux pratiques conformes qui régissent cette même profession. Selon la littérature⁷⁰, arriver à un terrain d'entente entre le soignant et le soigné dans ce domaine permettrait de désamorcer les situations conflictuelles existantes. En effet, lever les incompréhensions et les incertitudes dans la relation médicale est essentiel : ceci suppose d'améliorer la

⁶⁷ Ce rapport précise : « *La laïcité française implique aujourd'hui de donner force aux principes qui la fondent, de conforter les services publics et d'assurer le respect de la diversité spirituelle. Pour cela, l'État se doit de rappeler les obligations qui s'imposent aux administrations, de supprimer les pratiques publiques discriminantes, et d'adopter des règles fortes et claires dans le cadre d'une loi sur la laïcité.* »

⁶⁸ Commission présidée par STASI Bernard, médiateur de la République de 1998 à 2004, pour analyser l'application du principe de laïcité en France

⁶⁹ CSP, art. R4127-32

⁷⁰ I. LEVY, « *La religion à l'hôpital* », Presses de la Renaissance, 2004

communication entre ces deux, en vue de prévenir et d'apprendre à gérer d'éventuels points de tensions. Ce constat est porteur de bon sens mais la finalité première n'est pas celle-ci. Effectivement, l'impératif de santé doit primer face aux interdits religieux, comme en attestent le législateur et le juge. Un usager, dans un état d'extrême fragilité, doit être pris en charge dès lors qu'il y a une urgence, quelles que soient ses convictions spirituelles.

2) La laïcité à l'hôpital, une notion marquée par des ambiguïtés

La finalité du principe de laïcité est de préserver les relations humaines, de respecter les pratiques religieuses et de garantir la dignité de la personne humaine. La littérature⁷¹ s'intéresse à cette notion, et certains ouvrages l'interprètent de manière optimiste : « *Laïcité ne signifie pas déni religieux (...). Si la laïcité permet la liberté de croyance de chacun en acceptant autrui dans sa différence, jamais elle ne nous condamne ni à l'indifférence, ni à l'ignorance pieuse. Apprenons à mieux connaître l'autre pour des lendemains de paix universelle.* » L'arsenal juridique pour préserver le principe de laïcité est conséquent en France⁷². Les normes en vigueur s'efforcent en effet de faire perdurer ce principe et ses corollaires par la mise en œuvre de règles de références. Des lois, des décrets, des circulaires et des guides de bonne pratique au sein des établissements de santé ont été élaborés afin que les tensions liées à son application s'amointrissent. En pratique, la stricte application du principe de laïcité semble être un défi compliqué à relever. La multiplication des textes est certes le signe d'une administration qui souhaite maintenir les valeurs républicaines, mais, de nombreux doutes quant à son usage persistent. La laïcité comprend plusieurs définitions, données par la doctrine, par des hommes politiques, par des philosophes, par des journalistes, alors qu'il n'existe aucune définition officielle faisant l'unanimité. Ce vide législatif laisse place à différentes conceptions et à des idéologies diverses⁷³. Tel que le souligne le rapport STASI, « *derrière le même mot, existent des différences d'approche qui en voilent la signification et la portée.* » Le droit français, n'offrant pas de définition précise, met ce terme en difficulté pour assurer son application concrète. Ce constat nourrit les frustrations du personnel hospitalier car il se trouve dans une situation dans laquelle il est obligé de céder face aux exigences exprimées par les patients. Cette réalité complexe et inconfortable est complétée par une marge d'appréciation du corps soignant, souvent indéfinie face à ces agissements. En tant qu'agent public, le personnel hospitalier se doit de se conformer au principe de laïcité. Or, en vue du contexte et de l'ambiguïté persistante liée à cette notion, le sentiment d'insécurité du personnel hospitalier s'est intensifié ces dernières décennies.

D'un point de vue juridique, demeurent deux exigences contradictoires : l'autonomie du patient et la préservation de la santé du patient. Ces exigences sont formellement inscrites en droit, mais troublent certaines règles éthiques. En ce sens, le Code de la santé publique prévoit : « *Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité*⁷⁴. » Cette disposition signifie que le consentement du patient, libre et éclairé, prime sur les actes médicaux. Toutefois, cette norme se trouve limitée dans certaines circonstances, qu'il convient d'examiner. En effet, bien que la Haute juridiction ait consacré le consentement du patient en une liberté fondamentale, celle-ci peut être écartée selon l'état de santé de la personne. Dans l'ordonnance FEUILLATEY, rendu le 16 août 2002, le Conseil d'État a en effet déclaré : « *Le droit pour un patient majeur de donner, lorsqu'il se trouve en état de l'exprimer, son consentement à un traitement médical revêt le caractère d'une liberté fondamentale ; que toutefois les médecins ne portent pas atteinte à cette liberté fondamentale, (...) une atteinte grave et manifestement illégale lorsqu'après avoir tout mis en œuvre pour convaincre un patient d'accepter les soins indispensables, ils accomplissent, dans le but de tenter de le sauver, un acte indispensable à sa survie et proportionné à son état.* » Partant, en l'état actuel du droit, la liberté individuelle est mise au second plan dès lors que la santé de l'individu est en jeu. Toutefois, les médecins et les soignants peuvent se voir reprocher d'avoir une attitude discriminatoire à l'égard des usagers, d'avoir manqué à l'obligation de traiter tous les usagers de la même manière. C'est dans cette optique que les textes

⁷¹ Ibid

⁷² Par exemple, la loi n°2010-1192 du 11 octobre 2010 interdisant la dissimulation du visage dans l'espace public ; la circulaire du 15 mars 2017 relative au respect du principe de laïcité dans la fonction publique

⁷³ G. BOUCHET, Président de l'Observatoire de la Laïcité « *La laïcité est une forme de pensée qui se construit dans la confrontation constante des valeurs qu'elle porte avec l'histoire réelle des hommes.* »

⁷⁴ CSP, art. L1111-4

orientent leurs volontés : élaborer des règles de conduite pour faire respecter les croyances des usagers. Il semble ainsi opportun d'étudier deux cas concrets pour illustrer ces propos.

Paragraphe 2 : les difficultés liées aux interdits religieux

L'hôpital est un lieu dans lequel la liberté de conscience n'est nullement remise en question. Elle constitue un devoir pour le personnel médical et un droit pour les usagers. Cependant, demeure une interrogation : les limites de cette liberté. Ainsi, deux illustrations traduisent les difficultés que rencontrent les professionnels face aux exigences de leurs patients, à savoir, l'exemple de la transfusion sanguine (A) et le cas spécifique de la prise en charge des femmes enceintes par des gynécologues de sexe masculin (B.)

A) Les difficultés liées aux convictions religieuses : le cas de la transfusion sanguine

La religion à l'hôpital est marquée par d'importantes revendications. Dans cet exemple, les Témoins de Jéhova sont hostiles à la transfusion sanguine, même si leur vie est en danger (1.) Ce constat nécessite de s'intéresser aux règles fixées par le législateur concernant les refus de soins (2.)

1) La doctrine relative aux Témoins de Jéhova

Les rites religieux et les coutumes à l'hôpital sont de différentes natures. Ils peuvent perturber les services ou les interventions médicales en raison des volontés que les usagers expriment et exigent. La principale illustration est relative aux affaires concernant les Témoins de Jéhova⁷⁵. Dans son ouvrage⁷⁶, Isabelle LEVY n'utilise pas le terme de religion mais de secte : « *Jusqu'à ce jour, les Témoins de Jéhova ne sont pas reconnus comme membres d'une religion dans notre pays mais d'une secte.* » La doctrine relative à leurs croyances repose sur l'idée selon laquelle le sang a un caractère sacré. Par conséquent, ils sont hostiles aux transfusions sanguines dans la mesure où le « mauvais usage du sang » va à l'encontre de leurs convictions. Cependant, lorsque les médecins sont confrontés à ce genre de situations, dans lesquelles la survie du patient en dépend, la réponse n'est pas évidente. Cette problématique soulève des difficultés d'ordre éthique et des incertitudes quant au comportement à adopter face à un refus de soins, mettant en contradiction des notions fondamentales (principe du consentement aux soins, devoir de porter secours à personne en danger.) Ces raisons ont conduit le législateur⁷⁷ et le juge à apporter des solutions, afin d'apaiser la conscience du corps médical.

De son côté, la jurisprudence s'est prononcée sur ces questions, en mettant en balance les objectifs de guérison, voire de survie, et les convictions religieuses. Sur le plan juridique, le Conseil d'État reconnaît la possibilité pour le médecin de ne pas intervenir dès lors que l'utilisateur a manifestement exprimé, de manière libre et éclairée, son refus aux soins proposés. Tel que cela a été explicité ci-dessus, ce principe est toutefois limité dès lors que le patient se trouve dans une situation dans laquelle son pronostic vital est engagé, c'est-à-dire lorsque la transfusion sanguine est indispensable à sa survie. La Haute juridiction administrative s'est prononcée en ce sens dans son arrêt SENANAYAKÉ rendu le 26 octobre 2001, considérant : « *Compte tenu de la situation extrême dans laquelle M. X se trouvait, les médecins qui le soignaient ont choisi, dans le seul but de tenter de le sauver, d'accomplir un acte indispensable à sa survie et proportionné à son état ; que, dans ces conditions, et quelle que fût par ailleurs leur obligation de respecter sa volonté fondée sur ses convictions religieuses, ils n'ont pas commis de faute.* » Dans cette affaire, les requérants estimaient en effet que les médecins, en pratiquant une transfusion sanguine, acte contraire à la volonté du patient, se devaient de réparer le dommage qui en découlait. Toutefois, cette demande n'a pas été accueillie favorablement par le Conseil d'État. En l'état actuel de la jurisprudence, le juge maintient cette position dans ce domaine, même après l'entrée en vigueur de la loi KOUCHNER du 4 mars 2002 centrée sur les droits des patients. Le débat relatif aux transfusions sanguines est tranché par les juridictions mais fait encore l'objet de nombreux litiges, faisant grandir les interrogations. Notamment,

⁷⁵ Ibid : « *Les Témoins de Jéhova s'interdisent de consommer du sang, proscrivent la transfusion sanguine et ses composés majeurs, les considérant comme une consommation parentale de sang.* »

⁷⁶ Ibid

⁷⁷ CSP, art. L1111-4 : « *Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement.* »

certaines individus, hostiles à la transfusion sanguine, considèrent qu'une telle position constitue une violation de la volonté du patient. Pour répondre à ces revendications, le droit français a créé la possibilité pour les Témoins de Jéhova d'officialiser leur position et leur consentement quant au refus de la transfusion sanguine. Pour ce faire, ils doivent préciser auprès de l'établissement le refus de recourir à un tel acte. Cette décision prend la forme d'une attestation administrative d'usage, devant être signée par l'intéressé. Cependant, les juridictions administratives et judiciaires ne lui reconnaissent aucune valeur officielle. Dès lors, les formulaires de refus de soins ne valent pas décharge de responsabilité en cas d'éventuelles conséquences dommageables pouvant en résulter.

2) Refus de soins et répercussions dans la relation médicale

Le législateur français fait primer la vie des personnes malades dès lors que ces dernières se trouvent proche de la mort, sauf volonté manifestement exprimée de leur part. En d'autres termes, le personnel hospitalier ne pourra se voir reprocher par les juridictions d'avoir essayé de sauver la vie ou l'intégrité corporelle d'un patient, malgré ses croyances spirituelles et religieuses. Le consentement aux soins et le refus aux soins sont soumis aux mêmes dispositions et aux mêmes exigences en droit : « *Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement (...) Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité*⁷⁸. » Le principe du consentement aux soins constitue la base du droit médical. De son côté, le juge européen consacre le droit au refus aux soins comme étant le corollaire du droit de consentement aux soins⁷⁹. Les juridictions françaises, quant à elles, adoptent une position formelle en sauvegardant et en préservant la vie humaine. Les deux Hautes juridictions, administrative⁸⁰ et judiciaire⁸¹, ont adopté le même raisonnement dans ce domaine. Cependant, dès lors que le médecin respecte le refus de soins du patient, aucune faute ne pourra lui être reprochée sur le plan juridique. Afin de remédier à ces difficultés et, surtout pour soulager la relation médicale en respectant les volontés exprimées par les usagers, existent au sein des hôpitaux des bureaux d'information. L'objectif est de favoriser les échanges entre l'administration, le personnel et les usagers hostiles aux transfusions sanguines. La création de ces lieux marque la volonté de concilier règles déontologiques, entretiens de qualité fondés sur la confiance et l'inviolabilité du corps humain.

Au-delà de l'exemple des Témoins de Jéhova, il semble opportun de citer les contentieux liés aux situations de fin de vie. L'illustration majeure concerne l'affaire LAMBERT, ayant donné lieu à une jurisprudence abondante. La question au cœur de cette affaire concernait l'arrêt des traitements ou le maintien artificiel de la vie d'une personne dans un état de conscience minimale depuis 2008, alors que celle-ci n'avait rédigé aucune directive anticipée pour exprimer ses souhaits dans une telle situation. La famille de l'individu, étant divisée sur la décision, est également un élément à prendre en considération. En effet, alors que les parents de Vincent LAMBERT souhaitaient maintenir leur fils en vie, son épouse, quant à elle, considérait qu'une telle décision constituait un acharnement thérapeutique. Le droit français consacre avant tout le droit d'avoir une « *fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance*⁸². » Au fil des évolutions législatives, les textes ont précisé la conduite à tenir des médecins lorsqu'ils sont confrontés à des patients qui se trouvent dans un état végétatif, à savoir, hors d'état d'exprimer leur volonté, sans directive anticipée, ni personne de confiance désignée. À ce jour, les actes médicaux sont considérés comme étant une obstination déraisonnable « *lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou lorsqu'ils n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie*⁸³. » Cette analyse est de la responsabilité des médecins, à travers la procédure collégiale⁸⁴. Toutefois, ces situations, étant délicates, suscitent de nombreuses interrogations aussi bien éthiques, médicales que juridiques. Bien que le cadre législatif en la matière soit fixé, les débats ne cessent de s'enrichir sur cette question. Ce constat traduit les convictions personnelles de chaque individu : étant différentes, les réponses apportées ne font pas toujours l'unanimité.

⁷⁸ CSP, art. L1111-4

⁷⁹ CEDH, *PRETTY c/ Royaume-Uni*, 29 avril 2002, n° 2346/02

⁸⁰ CE, *SENANAYAKÉ*, 26 oct. 2001, n°198546

⁸¹ Cass. crim., 3 janvier 1973, n°71-91820

⁸² CSP, art. L1110-5

⁸³ CSP, art. L1110-5-1

⁸⁴ CSP, art. R4127-37-2

B) Les difficultés liées aux convictions religieuses : l'importance du personnel hospitalier de sexe féminin

Les principes liés à la déontologie médicale précisent : « *Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée (...) Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée*⁸⁵. » Ce comportement bienveillant est inhérent à la profession médicale mais se dissout progressivement en raison d'actes et de propos désobligeants et malintentionnés. La spécialité gynécologie-obstétrique est l'une des professions médicales largement confronté à ce phénomène (1), suscitant des rapports de forces dans la relation médicale (2.)

1) *La gynécologie-obstétrique, une spécialité exposée aux convictions religieuses*

En France, le libre choix du médecin et de l'établissement de santé par les individus est un principe reconnu par le Code de la santé publique⁸⁶. Le Conseil d'État, dans son arrêt *Section locale du Pacifique Sud de l'Ordre des Médecins*, rendu le 18 février 1998, a affirmé que le libre choix de son praticien est un principe général du droit⁸⁷. Cependant, ce principe est relatif à l'hôpital, comme en témoigne le contexte. En effet, l'institution hospitalière est marquée par une demande de soins importante, limitant les disponibilités des médecins. Dès lors, les impératifs du service rendent compliqués le choix du praticien, ce qui engendre des frustrations pour les usagers. Effectivement, certaines croyances religieuses manifestent des exigences particulières quant au choix du médecin, alors qu'en France, la protection de la santé est placée au-dessus de la liberté religieuse. En conséquence, cette primauté affecte la relation médicale. De nombreuses violences ont été constatées ces dernières décennies au sein des hôpitaux à l'égard des gynécologues et des obstétriciens. En ce sens, le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) déclare que ce type d'incidents perturbe les services et les maternités. Même si elle n'est pas l'unique facteur explicatif, la religion est intimement liée aux comportements contraires aux règles civiles. Se pose alors le problème de la frontière entre les impératifs de soins médicaux et la liberté religieuse, problématique à laquelle les praticiens de cette spécialité sont confrontés.

Pour remédier à ce phénomène, la justice apporte des solutions, au nom du principe de laïcité. Le 10 juin 2008, la Cour administrative d'appel de Lyon⁸⁸ a rendu un arrêt illustrant ce type d'agissements. En l'espèce, en raison de ses convictions religieuses, un homme avait refusé toute présence masculine lors de l'accouchement de sa femme, alors que cet acte se déroulait dans des conditions complexes, nécessitant l'intervention de plusieurs médecins obstétriciens. Cependant, cette attente a entraîné un important retard dans la prise en charge de la femme enceinte et a provoqué à l'enfant d'importantes séquelles neurologiques ainsi qu'un taux d'incapacité de 100%. Les parents ont saisi la justice afin que l'établissement soit condamné pour indemniser les préjudices subis, par eux-mêmes et leur enfant. Or, les juges administratifs ont rejeté leur demande, considérant : « *L'état de santé de l'enfant est totalement imputable à l'attitude de M. X et Mme X et ne peuvent rechercher la responsabilité pour faute ou sans faute du centre hospitalier.* » Cet exemple traduit que, dans certaines religions, dont la religion musulmane, la prise en charge médicale d'une femme doit être réalisée exclusivement par un praticien de sexe féminin, notamment lorsqu'il s'agit d'actes touchant à la sphère intime. Or, dans les hôpitaux français, existent des gynécologues et des obstétriciens des deux sexes, ce qui pose des problèmes pour les croyants lors de prestations de soins. En effet, ces dernières sont effectuées indifféremment au sexe du praticien. Pour les parturientes musulmanes, ce refus s'explique au nom de la pudeur. Toutefois, il ressort de témoignages⁸⁹ et d'enquêtes réalisées sur le terrain que ce sont les maris de ces femmes qui s'opposent manifestement au fait que leur femme soit

⁸⁵ CSP, art. R4127-7

⁸⁶ CSP, art. L1110-8 : « *Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire.* »

⁸⁷ « *Considérant que dans l'exercice des compétences qui lui sont dévolues (...) le congrès du territoire est tenu de respecter les principes généraux du droit, (...) qu'au nombre de ces principes figurent la liberté de choix du médecin par le patient et la liberté de prescription.* »

⁸⁸ CAA Lyon, 10 juin 2008, n° 05LY01218

⁸⁹ *Le Monde*, art. « *Hôpital : laïcité et intégrisme s'affrontent* », 27 janv. 2007 : « *Des maris fondamentalistes refusent que leurs femmes soient examinées, soignées, accouchées par un homme. Ils l'exigent avec vigueur, quitte à mettre en danger leurs épouses et à s'en prendre physiquement au praticien en fonction (...) Un chef de clinique a un jour était menacé par un homme d'origine africaine armé d'un couteau, furieux qu'il ait examiné son épouse.* »

prise en charge par un homme. Cette position va à l'encontre des convictions du personnel hospitalier, pour qui la priorité est de préserver la vie des patientes, quitte à transgresser des interdits lorsqu'elles se trouvent en danger. À cet effet, les professionnels de santé doivent se montrer stricts et faire preuve de fermeté envers les familles. En pratique, cette rigueur est difficile à être mise en œuvre. La législation française demeure toutefois rigoureuse concernant le suivi de la grossesse des femmes enceintes. La loi réglemente fermement ces suivis⁹⁰, en interdisant qu'une femme enceinte se soustrait à un suivi médical au nom de sa religion et de ses convictions. Comme toute politique de santé publique, la finalité est de protéger la santé des futures mères et celle de leur enfant à naître.

2) *La lutte contre le rapport de forces dans la relation médicale*

Bien que l'hôpital soit laïc et respecte les différentes confessions religieuses, les affaires citées précédemment témoignent de la montée des tensions au nom des revendications religieuses. La littérature⁹¹ analyse les impacts de ces situations, en considérant : « *L'ampleur du phénomène était inédite en France et les soignants n'y étaient nullement préparés. Ils ne connaissaient pas ni les traditions religieuses, ni surtout les textes de loi sur lesquels ils auraient pu s'appuyer pour les accepter ou, au contraire, y résister.* » Ce constat suppose que les praticiens, en allant à l'encontre de leur mode d'exercice professionnel, font face à un certain découragement professionnel en raison des revendications des patients qui s'imposent à eux. Le personnel hospitalier se montre inquiet face à l'augmentation des incivilités et des violences, tant physiques que verbales, pour des causes liées aux doctrines religieuses. Le motif religieux, n'étant pas une cause permettant de tenir des propos injurieux et discriminatoires, a suscité la nécessité de mettre en œuvre des normes pour promouvoir une relation médicale respectueuse. Dès lors, les violences gynécologiques et obstétricales ont fait l'objet de mesures élaborées par les pouvoirs publics pour assurer la bienveillance des médecins, toutes spécialités confondues. En ce sens, à la suite du rapport STASI élaboré par la commission de réflexion, la circulaire ministérielle⁹² relative à la laïcité dans les établissements de santé apporte des précisions quant aux droits et aux obligations des usagers. Il s'agit de réaffirmer les principes généraux à l'hôpital en matière de liberté religieuse, en rappelant que les convictions religieuses doivent s'exercer dans les limites du respect de la neutralité, du bon fonctionnement et des impératifs liés au service public hospitalier.

Afin de lutter contre les discriminations à l'égard de la communauté médicale, la circulaire affirme fermement que des sanctions disciplinaires peuvent être prononcées. En effet, ce texte indique : « *Le libre choix exercé par le malade ne doit pas perturber la dispensation des soins, compromettre les exigences sanitaires, voire créer des désordres persistants. Dans ce dernier cas, le directeur prend, avec l'accord du médecin chef de service, toutes les mesures appropriées pouvant aller éventuellement jusqu'au prononcé de la sortie de l'intéressé pour motif disciplinaires.* » Cette disposition a été codifiée dans la partie réglementaire du Code de la santé publique⁹³. A cela, s'ajoutent d'autres limites apportées au libre choix du praticien, considérant que « *le libre choix du malade ne permet pas que la personne prise en charge puisse s'opposer à ce qu'un membre de l'équipe de soins procède à un acte de diagnostic ou de soins pour des motifs tirés de la religion connue ou supposée de ce dernier.* » Ainsi, et pour revenir aux principes fondamentaux, les droits des usagers à l'hôpital doivent s'exercer dans les limites du respect de la neutralité et du bon fonctionnement du service public hospitalier, tout en veillant aux impératifs de sécurité, de santé et d'hygiène. Derrière ces dispositions, se trouve également l'égalité de traitement, à savoir, l'égalité de tous les usagers, quels que soit leur sexe et leur religion. Même si la religion relève de la conscience individuelle, l'équilibre entre laïcité et droits des patients est devenu complexe. Il suppose une bonne compréhension des mœurs et des croyances afin que la paix règne au sein des hôpitaux. En conséquence, les acteurs locaux de l'institution hospitalière ont une place prépondérante pour atténuer les dysfonctionnements, rétablir la sécurité et apaiser les tensions.

⁹⁰ CSP, art. R2122-1 : « *Les examens médicaux obligatoires des femmes enceintes sont au nombre de sept.* »

⁹¹ « *La religion à l'hôpital* », I. LEVY

⁹² Circulaire DHOS/G n°2005-57 du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé

⁹³ CSP, art. R1112-49 : « *Lorsqu'un malade, dûment averti, cause des désordres persistants, le directeur prend, avec l'accord du médecin chef de service, toutes les mesures appropriées pouvant aller éventuellement jusqu'au prononcé de la sortie de l'intéressée.* »

Chapitre 2 : Le rôle des acteurs locaux et nationaux pour rétablir une réelle adéquation entre la pratique et le droit à l'hôpital

Les différentes formes d'agressivité dans la relation médicale empêchent la qualité des rapports entre soignant et soigné, favorisant ainsi un climat tumultueux au sein des hôpitaux. Lutter contre ce phénomène implique d'identifier les problématiques majeures pour y apporter des réponses. Cette considération suppose de repenser la culture du monde hospitalier, en définissant des règles et en mettant en œuvre des actions, fondées sur la réalité, afin d'améliorer le fonctionnement des services (section 1.)

Les instances et le personnel qui concourent à la gouvernance des établissements de santé ont pour mission de rétablir les rapports humains et de promouvoir la sécurité au sein des hôpitaux. La création de normes en la matière est une fonction propre du personnel administratif et des pouvoirs publics. Ce pouvoir de décision est complété par le rôle du directeur de l'hôpital. En effet, ce dernier joue un rôle fondamental pour piloter de tels projets. À terme, il s'agit de parvenir à des règles légitimes, fondées sur l'adhésion, en vue d'acquiescer la qualité relationnelle (section 2.)

Section 1 : La vertu structurante des règles institutionnelles au sein de l'hôpital, gage de la gestion des événements de violence

Les données délivrées par l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé démontrent la dégradation des rapports entre les professionnels de santé et les patients. Cet environnement morose impacte les conditions de travail, étant devenues contraignantes et douloureuses, ce qui nécessite l'intervention d'acteurs compétents pour répondre à cette problématique (paragraphe 1.) Cet élan d'insécurité amène à revisiter leur environnement de travail, notamment à travers la sensibilisation et la formation des professionnels de santé, afin de traiter ces situations (paragraphe 2.)

Paragraphe 1 : le rôle des acteurs internes et externes pour concilier qualité de vie au travail, prévention contre les violences et qualité des soins

Afin de répondre aux préoccupations de la communauté médicale, les acteurs locaux et nationaux se montrent actifs. L'objectif visé est de rétablir des conditions de travail stables, voire inaltérables (A.) Cet encadrement public manifeste la volonté des acteurs concernés, afin d'atteindre un environnement professionnel prospère. Néanmoins, certaines mesures prononcées n'ont pas abouti à un véritable succès, alors que cette problématique nécessite de parvenir à des solutions (B.)

A) La gestion hospitalière : un défi confié aux acteurs locaux pour apaiser les tensions

Les acteurs liés à la gouvernance hospitalière se sont multipliés ces dernières années pour offrir un cadre profitable au personnel. Pour ce faire, le management hospitalier pilote des projets en interne afin d'apporter des réponses aux souffrances professionnelles constatées (1), en créant, notamment, des normes fondées sur les ressentis de la communauté médicale (2.)

1) Prévenir la violence par la création d'instances à l'hôpital

Les situations de violence étudiées dans le premier chapitre impactent le bon fonctionnement de l'hôpital. De telles circonstances ont amené à adapter et améliorer l'environnement de travail, à travers le développement de moyens organisationnels, institutionnels et relationnels. Ces actions constituent un élément clé pour régler les problématiques rencontrées sur le terrain. Il s'agit d'agir dans un sens préventif, en clarifiant le rôle de l'encadrement, tant au niveau des agents administratifs que médicaux, pour réguler et dénouer les tensions. Les agents responsables doivent prendre des mesures pertinentes face à des situations de crise, en vue de contrôler la violence. Les pouvoirs publics ont tenté d'apporter des solutions, notamment en faisant émerger le droit du travail dans la fonction publique hospitalière. Issu du secteur privé, le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) constitue une avancée prometteuse dans le secteur public. Cette institution, représentative du personnel, a été étendue aux trois

fonctions publiques à la suite d'un protocole d'accord conclu en 2009. Le CHSCT s'intéresse aux questions de santé, de sécurité au travail et a permis une progression significative s'agissant des conditions de travail, grâce à la prévention des risques. Au sein des établissements de santé, cette instance, par ses actions préventives et curatives, est devenue une institution stratégique. Le Code du travail définit les principes fondamentaux de cette instance, dont le but est de répondre aux exigences en matière de santé et de sécurité au travail⁹⁴. De façon générale, aménager, mettre en place des dispositifs pour améliorer les conditions de travail du personnel hospitalier et prévenir les risques professionnels dans l'établissement constituent les objectifs premiers de ce comité. Plus largement, la protection de la santé physique et mentale des agents publics relève des missions du CHSCT, missions pour lesquelles il peut réaliser des expertises et des inspections pour appuyer ses actions dans ce domaine. La place grandissante de cette instance n'est pas anodine : elle témoigne des freins au développement du contexte hospitalier, en raison de l'absentéisme, de la multiplication des risques psycho-sociaux et des contraintes liées aux professions médicales et soignantes. En ce sens, il s'agit d'établir un plan de prévention⁹⁵, fondés sur les réalités et les besoins exprimés afin d'aboutir à un discours commun et collectif.

La violence à l'encontre des professionnels de santé fait également partie des compétences du CHSCT. Les finalités sont de donner une palette d'outils aux agents confrontés à ce phénomène et ainsi combattre les risques qui y sont liés. Étant répétitifs, les comportements violents justifient la mobilisation des acteurs, en vue d'atteindre une prise en charge adéquate et favoriser l'accompagnement du personnel victime de tels agissements. Les équipes se sont saisies de cette problématique pour lutter contre ce risque professionnel. Dès lors, la protection du personnel hospitalier s'inscrit comme la politique majeure du CHSCT. Les mesures prises se doivent de correspondre aux attentes des médecins et des soignants. Par exemple, l'aménagement de certains locaux est un thème récurrent, notamment en ce qui concerne les urgences. Il s'agit effectivement d'un lieu dans lequel les incivilités et les actes violents sont quotidiens : certains usagers ont en effet des attitudes exigeantes, en demandant la rapidité et la qualité du service rendu. Également, les urgences sont un service où la fréquentation est importante, supposant ainsi une disposition architecturale adéquate. Les manifestations d'agressions verbales et/ou physiques attestent, d'une part, du non-respect à l'égard du personnel, et, d'autre part, des défis que doit relever le CHSCT dans ce domaine. En conséquence, le rôle de ce dernier implique de corriger les causes qui influent sur la dégradation des conditions de travail : ces causes sont à rechercher dans les facteurs institutionnels, humains et architecturaux. Les réflexions menées sur ce sujet doivent conduire à atténuer la violence constatée. Pour appuyer ses actions, le CHSCT travaille étroitement avec un conseiller en prévention des risques professionnels, un médecin du travail ainsi qu'avec le service de sécurité. Ces acteurs contribuent largement aux dispositifs de prévention des risques, en les actualisant régulièrement.

2) Prévenir la violence par la définition d'un cadre normatif accepté et acceptable

La montée des incivilités et de la violence implique d'encadrer ces comportements pour rétablir l'ordre public sur le long terme. La mise en œuvre de règles de sécurité et de protection a une valeur protectrice et symbolique pour assurer le bon fonctionnement des services. Effectivement, l'absence de bases réglementaires équivaut à un flou normatif et à des difficultés dans la gestion de ces situations. La littérature⁹⁶ attache une importance à la gouvernance hospitalière, notamment pour que cette institution parvienne à adopter à cadre solide : « *Si la violence est transgression, confusion, et résulte d'un échec de la relation, l'institution peut contribuer à contenir et guérir la violence par la mise en œuvre des « quatre L » : la loi, les lieux, les limites et le langage.* » Cette citation illustre le processus pour réussir à créer des règles ad hoc, devant être cohérentes et reposant sur l'existant, à savoir, selon les situations de violence, les ressentis du personnel et des usagers et en fonction des moyens financiers disponibles. En ce sens, il s'agit

⁹⁴ C. trav., art. L4612-3 : « *Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail contribue à la promotion de la prévention des risques professionnels dans l'établissement et suscite toute initiative qu'il estime utile dans cette perspective. Il peut proposer notamment des actions de prévention du harcèlement moral, du harcèlement sexuel et des agissements sexistes.* »

⁹⁵ C. trav., art. L4121-2 : « *éviter les risques, (...) planifier la prévention en y intégrant, dans un ensemble cohérent, la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l'influence des facteurs ambiants, notamment les risques liés au harcèlement moral et au harcèlement sexuel, prendre des mesures de protection collective en leur donnant la priorité sur les mesures de protection individuelle (...)* »

⁹⁶ C. SIONNET, J.F. THIRION, M. MICHEL, « *La violence à l'hôpital : prévenir, désamorcer, affronter* », Éditions Lamarre, 2015

de contextualiser le milieu hospitalier et les tensions qui y règnent. Ce constat témoigne de l'importance de réaliser des déclarations d'évènements indésirables auprès de l'ONVS.

Dans tous les établissements de santé, une charte juridique doit être appliquée, document pour lequel le législateur a laissé une autonomie de rédaction. Il s'agit du règlement intérieur⁹⁷, devenu obligatoire⁹⁸. Le règlement intérieur d'un hôpital traite de différents aspects (la composition des instances, les séjours à l'hôpital, l'hygiène, le livret d'accueil, les admissions, les soins, les interdictions.) Ce document fixe des obligations et définit les droits et les devoirs incombant aux personnels et aux usagers. De surcroît, il doit nécessairement comprendre des éléments en lien avec la santé et la sécurité au travail. Il est opportun de souligner que ces règles sont opposables : en droit, l'opposabilité signifie que tous les individus qui pénètrent au sein des établissements concernés doivent respecter les règles édictées, sous peine de sanctions. Le règlement intérieur constitue un gage du maintien de l'ordre public, de qualité de prise en charge médicale et d'amélioration des conditions de travail. Ces règles ont vocation à limiter les nuisances afin d'assurer la tranquillité publique, dans l'intérêt général. Pour illustrer ce propos, il s'agit de concevoir des règles élémentaires de savoir-vivre (courtoisie, discrétion, hygiène), des règles en matière de sécurité (traitements médicamenteux, sécurité incendie, surveillance des locaux.) Ces considérations ont permis la création de règles spécifiques, pouvant être appliquées selon les problèmes que rencontrent l'établissement ou certains services sensibles. Bien que ces règles soient élaborées pour être strictement suivies, celles-ci doivent cependant remplir différents critères : la clarté, la loyauté, l'adhésion, le partage de valeurs communes. Le degré de généralité du règlement intérieur doit être recherché. Ainsi, lors de la rédaction du règlement intérieur, il s'agit de faire ressortir le caractère social qui en découle, afin d'atteindre la finalité souhaitée. Cet encadrement normatif est nécessaire pour satisfaire les exigences d'efficacité, de qualité et de sûreté, notamment en vue de maintenir la sécurité sanitaire. Cette production normative nécessite d'être révisée selon les évolutions sociétales (amélioration des droits des patients, développement des règles de sécurité.) Toutefois, la multiplication de ces dispositions n'est pas sans risque. Sur ce point, la Fédération hospitalière de France appelle à une simplification des normes face à l'inflation textuelle. Elle considère en ce sens que cette situation « engendre des dépenses non financées et une véritable insécurité juridique, voire des difficultés d'accès aux soins⁹⁹. » Ce constat témoigne de la volonté de ne pas complexifier le fonctionnement de l'hôpital pour ne pas aboutir à un flou juridique et à un manque de lisibilité.

B) L'évaluation du secteur hospitalier : un enjeu de santé publique

Redynamiser les professions médicales et soignantes à l'hôpital est une thématique qui interpelle de plus en plus les pouvoirs publics. De ce fait, ces derniers veillent à valoriser l'environnement de travail du personnel hospitalier. Principalement, le service des urgences fait l'objet d'une attention particulière (1.) En dehors de ce secteur spécifique, la Haute Autorité de Santé est chargée de missions déterminées, mais celles-ci ne sont pas sans conséquences dans le monde hospitalier (2.)

1) *La médecine d'urgences, une préoccupation des pouvoirs publics*

Les réformes et les mutations qui touchent aux établissements de santé participent à des modifications en termes de rythme de travail. Par nature, l'hôpital est tourné vers le public et, ainsi, directement et constamment en relation avec les usagers. Dès lors, la fonction publique hospitalière fait l'objet d'études et d'analyses afin d'appréhender les répercussions sur les équipes médicales et sur les rapports entre soignant et personne soignée. En raison des passages continus et grandissants, les urgences hospitalières, secteur très sollicité, intéressent particulièrement les pouvoirs publics¹⁰⁰. Ces derniers sont partis des trois constats suivants pour dresser un cadre plus sécurisant : les flux croissants aux urgences, les demandes de prise en charge immédiate de la part des usagers et le débordement des salles d'attente¹⁰¹.

⁹⁷ CSP, art. L6143-7 : « Le directeur conduit la politique générale de l'établissement (...) arrête le règlement intérieur de l'établissement. »

⁹⁸ CSP, art. L1112-3

⁹⁹ Communiqué de presse, le 8 mars 2011

¹⁰⁰ Circulaire n°195/DHOS/01/2003 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences ; Instruction n° DGOS/R2/2018/128 du 23 mai 2018 relative à l'anticipation et la prévention des tensions dans les structures de médecine d'urgence

¹⁰¹ Rapports ONVS

Ce phénomène entraîne des effets délétères, tels que des retards dans la prise en charge médicale et de vives tensions. Dans ce contexte, la Cour des comptes a rendu un rapport¹⁰², en apportant les conclusions suivantes : « *L'activité des services d'urgence a continué à croître depuis la dernière enquête de la Cour : le dernier nombre de passages annuels connu, celui de 2016, est de 21,2 millions (contre 18,4 millions en 2012), soit une augmentation de près de 15% en 4 ans et, en moyenne, de 3,6% par an. Cette croissance a porté essentiellement sur les passages non suivis d'hospitalisation, dont le nombre a fortement augmenté en 2014 et en 2015 (+5% par an.)* » Dans ses énoncés, la Cour des comptes déclare que de nombreux passages aux urgences sont injustifiés. En ce sens, ils sont le fruit d'une mauvaise organisation de la permanence des soins sur le territoire, comme, citée précédemment, l'insuffisance des médecins de ville en dehors des horaires d'ouverture. De surcroît, l'augmentation des passages aux urgences connaît une limite supplémentaire : la vacance de postes des praticiens hospitaliers dans ces services¹⁰³. Ces constats ne sont pas sans conséquence puisque, faute de temps et moyens humains suffisants, ils empêchent des prises en charge médicales de qualité. En définitive, la Cour appelle à des « *passages évitables* » afin de désengorger les urgences hospitalières et créer un véritable équilibre entre l'hôpital et la médecine de ville.

Le Centre National de Gestion des Praticiens Hospitaliers et des Personnels de Direction de la Fonction Publique Hospitalière conforte cette analyse. En effet, celui-ci délivre des éléments statistiques du personnel qui exerce en médecine d'urgence¹⁰⁴, en précisant notamment que la démission des praticiens qui exercent dans ce secteur constitue le principal motif de la cessation de cette activité¹⁰⁵. Face à la diminution de l'attractivité de cette spécialité, le corps administratif doit combler les postes non occupés en faisant appel à l'intérim. Cependant, le recours à cette situation engendre des coûts supplémentaires pour les hôpitaux. En parallèle, ce phénomène accroît la précarisation de l'emploi, ce qui se traduit par un manque de garanties professionnelles. Or, la crise aux urgences hospitalières ne laisse, incontestablement, d'autres choix face aux surcharges d'activités et aux demandes croissantes dans ce service. Pour ne pas affecter l'accès aux soins urgents, la réorganisation des urgences hospitalières et le renforcement du maillage territorial sont devenus une préoccupation politique¹⁰⁶. Cet engagement résulte de la volonté d'anticiper et de prévenir les tensions dans les services d'urgences hospitalières. À terme, l'objectif est de soulager les flux constants dans ces lieux et rétablir l'accueil des usagers, par exemple, en répondant à la problématique de la gestion des lits¹⁰⁷, alternative élaborée en 2013 par les autorités publiques.

2) *Les effets des dispositifs d'évaluation dans le secteur hospitalier*

Bien que la médecine d'urgences fasse l'objet d'une surveillance publique importante, l'ensemble des secteurs hospitaliers est également concerné. La logique poursuivie est d'améliorer la qualité de vie au travail par la mise en place de dispositifs. Pour ce faire mieux accomplir leurs missions et parvenir à la qualité des services rendus, les établissements de santé, publics et privés, sont suivis et accompagnés par différents acteurs spécialisés¹⁰⁸. En effet, dans un contexte marqué par des revendications sociales fortes en matière de qualité des soins, il était nécessaire d'accroître les mesures, selon les contraintes exprimées par les établissements. Comme en témoignent les textes en vigueur¹⁰⁹, la qualité en matière sanitaire est devenue une des priorités du législateur. En la matière, la Haute Autorité de Santé (HAS) a un rôle central¹¹⁰. Cette institution est chargée d'évaluer les établissements sanitaires afin que le système de santé

¹⁰² « *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale* » septembre 2018

¹⁰³ Rapport, Cour des comptes : « *Les données au 1^{er} janvier 2017 font apparaître un taux de vacance statutaire des praticiens hospitaliers exerçant en médecine d'urgence de 25% pour les PH à temps plein et 45% pour les PH à temps partiel. Cette situation renforce les tensions sur les effectifs des services d'urgence.* »

¹⁰⁴ Situation au 1^{er} janvier 2017

¹⁰⁵ CNG, 20 janvier 2017 : « *La démission représente le principal motif de sortie en médecine d'urgence sur l'ensemble de la période 2012-2016. En effet, entre 2012 et 2016, près du tiers des PH à temps plein et près de deux tiers des PH à temps partiel sont sortis pour démission.* »

¹⁰⁶ Instruction n° DGOS/RH4/2017/42 du 3 février 2017 relative à l'application de la circulaire n° DGOS/2014/359 du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les structures d'urgence et de l'instruction n° DGOS/RH4/2015/234 du 10 juillet 2015 relative au référentiel national de médecin d'urgence

¹⁰⁷ Selon l'Agence Nationale d'Appui à la Performance : « *Le lit d'hospitalisation est un actif fondamental de l'hôpital. Il s'agit d'une référence à laquelle le monde hospitalier est attaché pour décrire une structure, définir un périmètre ou quantifier une activité. Pour caractériser la problématique de la gestion des lits, il s'agit de gérer au mieux une capacité d'accueil pour prendre en charge un volume d'activité donné ou cible, en respectant des critères de qualité.* »

¹⁰⁸ CSP, art. L6113-2

¹⁰⁹ Par exemple, le décret n°2015-1866 du 30 décembre 2015 relatif au financement de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

¹¹⁰ CSP, art. L6113-3 : « *Afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé, publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée certification. Cette procédure est conduite par la Haute Autorité de Santé.* »

repose sur une prise en charge médicale de qualité¹¹¹. Cette considération se veut protectrice et sécurisante à l'égard du service rendu aux patients. La première application de la certification date de 2005, à la suite de la loi de 2004 relative à la création de la HAS. La certification est une évaluation externe des établissements de santé, sous la responsabilité de cette Autorité. Elle consiste à améliorer et à promouvoir la qualité des soins délivrés, tout en restant centrée sur le parcours du patient dans sa prise en charge. L'objectif est d'étendre de façon continue la qualité du système de santé, système pour lequel les exigences sont de plus en plus importantes. En effet, chaque établissement doit satisfaire à quatre-vingt-cinq critères, propres aux recommandations de la HAS. Les finalités ne sont pas d'attribuer une note aux personnels, ni de sanctionner les établissements qui ne seraient pas conformes aux exigences requises. Au contraire, il s'agit d'établir un rapport, porteur de sens, afin que chaque établissement puisse se conformer aux recommandations énoncées, et, ainsi, hiérarchiser les priorités. Les politiques publiques sont impliquées dans cette dynamique, qu'elles veulent performantes à plusieurs niveaux (organisation interne, qualité des prestations, satisfaction des patients.)

Toutefois, la recherche permanente de la qualité suscite des interrogations. En effet, dans ce processus, ce sont en premier lieu les professionnels de santé qui sont concernés, en leur qualité de délivreurs de prestations de soins. Dès lors, ils doivent quotidiennement intégrer cette nouvelle culture de la qualité. Même si cette amélioration est perçue positivement par les patients, cette évolution interroge quant aux conditions de travail des médecins et des soignants. En ce sens, la certification est réalisée selon des critères prédéfinis, principalement, elle s'effectue sous l'angle insistant de la qualité, sans véritablement tenir compte des aspirations des professionnels. Pour ces derniers, l'adhésion à ces nouvelles démarches est plus compliquée qu'elle n'y paraît et elles sont dénoncées sous la forme d'un « *impérialisme du new public management*¹¹². » En effet, ces démarches suscitent des changements organisationnels, impactant directement les équipes médicales et empêchant des conditions de travail sereines et stables. Les nouvelles origines de la complexité du fonctionnement des hôpitaux font l'objet de critiques par la littérature¹¹³. En première ligne, ce sont les conditions de travail des professionnels de santé qui surgissent, en raison de l'augmentation permanente des pratiques qui leur sont imposées. La littérature considère en ce sens que les personnels hospitaliers « *se voient réduits au seul statut d'offreurs de services mis en concurrence sur un marché de la santé (...) cette logique écarte des notions fondamentales pour les médecins (confiance, intimité avec le patient) et conçoit le malade comme une seule probabilité statistique (...) Les actes réalisés aujourd'hui par les praticiens sont définis dans un référentiel de métiers et sont de plus en plus standardisés*¹¹⁴. » En définitive, la communauté médicale perd progressivement leur autonomie dans la pratique de leur art, impactant les rapports soignant-soigné.

Paragraphe 2 : promouvoir la sensibilisation et la formation des professionnels de santé, une garantie supplémentaire pour lutter contre la violence

Pour améliorer le système de santé, les politiques se sont multipliées ces dernières années. Or, tel qu'ils ont été explicités, les effets qui y sont nés sont mitigés. En effet, les professionnels de santé ne parviennent pas à ressentir les impacts positifs des mesures prononcées, tant à l'échelle locale que nationale. Cependant, les textes et les acteurs compétents offrent certaines garanties pour assurer le développement et l'épanouissement professionnels (A.) La problématique liée à la violence, étant de plus en plus présente dans les hôpitaux, fait, elle aussi, partie des solutions proposées afin de parvenir à la neutraliser (B.)

A) Sensibilisation et formation professionnelle pour faire face à la violence, état des lieux

Le développement de la culture en matière de sécurité se développe dans les hôpitaux. La fonction publique hospitalière offre à ses agents des outils précieux en vue de préserver leur protection sur leur lieu

¹¹¹ Collège de la HAS, décembre 2017 « *La qualité d'un système de santé augmente lorsque les soins prodigués sont aussi efficaces, sûrs et accessibles que possible, dans des conditions aussi équitables et efficaces que possible.* »

¹¹² « *Hôpitaux ; vers un même niveau d'exigence pour la performance qualité que pour la performance économique ?* » P.L. BRAS, *Les Tribunes de la santé* 2012/2 (n°35)

¹¹³ E. ABORD de CHATILLON, C. DESMARAIS, « *Le Nouveau Management Public est-il pathogène ?* », *Revue Management International*, 2012

¹¹⁴ S. BENALLAH et J.P. DOMIN, « *Réforme à l'hôpital. Quels enjeux en termes de travail et de santé des personnels ?* », *La Revue de l'Ires* 2017 (n°91-92)

de travail (1.) Progressivement, et en lien avec la sensibilisation, les formations professionnelles se sont insérées dans ce secteur pour tenter de résoudre la problématique de la violence (2.)

1) La sensibilisation à la violence, un domaine devenu prégnant à l'hôpital

L'évolution de la thématique relative à la violence dans les établissements sanitaires a abouti à des mesures de prévention, en menant des actions de sensibilisation. L'établissement de ces projets suppose de définir des objectifs, chacun devant être précis et réalisable afin qu'ils soient atteints dans le temps et dans l'espace. De surcroît, mener une action de sensibilisation nécessite qu'elle soit inscrite dans un contexte déterminé. Sur ce point, il s'agit de définir l'environnement hospitalier : les services les plus exposés aux tensions, le personnel le plus confronté aux incivilités, les heures ou les jours propices aux situations violentes. Une description précise du contexte facilite l'orientation du projet de sensibilisation sur ce thème. Conscient de ce phénomène, l'ONVS a établi un guide méthodologique¹¹⁵ pour accroître la prévention au sein des établissements de santé. À partir d'expériences, de constats, de rencontres avec les professionnels et de nombreux partenariats, l'Observatoire a réalisé ce document pour venir en aide aux établissements concernés. Plusieurs approches pratiques sont développées : les conduites à adopter en cas d'actes violents, des recommandations de bonnes pratiques ainsi que les grandes orientations en matière de violences. Le guide proposé par l'Observatoire repose sur six actions en vue d'agir efficacement. Ces dernières sont pensées de la manière suivante : reconnaître les situations risquées, développer l'accompagnement des professionnels de santé victimes, savoir gérer la relation avec les usagers auteurs de violences, améliorer l'environnement général du personnel, former les professionnels à ce type de situations afin de neutraliser la violence et s'assurer que les supports de communication soient précis et connus du grand public. Les mesures énoncées ont pour finalité de lutter contre les nuisances sociales au sein des hôpitaux, devenues répétitives, voire habituelles. Les réflexions menées sur ce sujet se veulent préventives et convaincantes. Il s'agit d'encourager les établissements de santé à développer ce type d'actions, en les diffusant massivement. Pour ce faire, la mobilisation des équipes est indispensable.

Bien que les pouvoirs publics aient une grande responsabilité dans ce domaine, les acteurs internes sont également concernés par l'élaboration de telles mesures. En effet, ces derniers se doivent d'apporter des solutions concrètes fondées sur la réalité et les ressentis. Les comportements nouveaux des patients sont devenus une sorte de « tendance » à laquelle est confronté le personnel hospitalier, presque quotidiennement. Toutefois, ces nouvelles attitudes ne sont pas tenues pour acquises par les professionnels puisqu'ils rencontrent des difficultés à les maîtriser. À ce stade, il est opportun pour eux d'être sensibilisés aux quêtes des usagers, à leur nouvelle position dans la relation médicale et dans le système de soins, tout en apprenant à se protéger. Même si l'éducation civique doit être remise à l'honneur, il revient aux acteurs locaux d'être solidaires, en se montrant décisifs et protecteurs à l'égard de leurs agents. Sur ce point, ont été créées des affiches de prévention¹¹⁶, en vue de dénoncer les impacts destructeurs de la violence dans la relation médicale.

2) Des formations professionnelles axées sur la sécurité et la lutte contre la violence

Dans les trois versants de la fonction publique, le droit à la formation professionnelle est reconnu à l'ensemble des agents qui exercent au sein d'une administration. Précisément, l'article 22 de la loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, précise que ce droit leur est reconnu tout au long de la vie. Il s'agit de faciliter leur parcours et de réadapter leur formation en vertu des évolutions qui y sont liées¹¹⁷. En raison du nouvel environnement hospitalier, le droit à la formation s'est enrichi dans la fonction publique hospitalière¹¹⁸, en mettant en avant certaines formations relevant de la sécurité au travail face à la violence et aux incivilités des usagers. Dans un premier temps, le volet prévention, lié à la

¹¹⁵ « La prévention des atteintes aux personnes et aux biens en milieu hospitalier », avril 2017

¹¹⁶ Le centre hospitalier de Saint-Brieuc a créé des affiches de prévention en 2018, ayant pour slogan : « Pas de gros mots pour ceux qui soignent vos maux. »

¹¹⁷ Loi n°83-634 du 13 juillet 1983, art. 22 : « Le droit à la formation professionnelle tout au long de la vie est reconnu aux fonctionnaires. Il favorise leur développement professionnel et personnel, facilite leur parcours professionnel, leur mobilité et leur promotion ainsi que l'accès aux différents niveaux de qualification professionnelle existants. (...) Tout fonctionnaire peut bénéficier, à sa demande, d'un accompagnement personnalisé destiné à l'aider à élaborer et mettre en œuvre son projet professionnel, notamment dans le cadre du conseil en évolution professionnelle. »

¹¹⁸ Décret n°2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière

sensibilisation, s'avère essentiel pour appréhender la violence dans le cadre de leur exercice professionnel. Mais, incontestablement, le volet formation offre davantage de garanties, notamment par le biais d'exercices collectifs. L'idée première est de fournir aux professionnels de santé des outils et des réflexes pour gérer ces situations imprévues. La formation du personnel hospitalier pour faire face à la violence comprend différents aspects : les limites à ne pas dépasser dans la relation médicale, les techniques pouvant être utilisées, intégrer certaines notions clés afin de limiter les risques d'incompréhension, souvent source de conflits. Les réflexions sur ce sujet sont d'abord menées au plan interne afin qu'elles soient adaptées aux évolutions hospitalières et aux actes rencontrés. À terme, il s'agit de parvenir à une politique générale de formation, intégrée dans la politique de l'établissement.

Le développement des formations professionnelles dans ce domaine est intimement lié à l'obligation de sécurité de l'employeur public à l'égard de ses agents. En effet, les obligations de ce dernier, quant à la sécurité et à la santé, n'ont cessé de s'étendre, en vertu des différentes lois et règlements adoptés. La santé au travail a donné naissance à une diversité de textes, comme en témoigne le vocabulaire de ces nouvelles normes (risques psychosociaux, bien-être, qualité de vie au travail.) À titre d'illustration, la loi de modernisation sociale, entrée en vigueur le 17 janvier 2002, affirme que la santé au travail est sous la responsabilité de l'employeur et doit faire l'objet d'une politique au sein de l'établissement. Cette mesure positive indique en effet : « *Le projet social définit les objectifs généraux de la politique sociale de l'établissement ainsi que les mesures permettant la réalisation de ces objectifs. Il porte notamment sur la formation, l'amélioration des conditions de travail.* » Pour consolider ces dispositions, le juge administratif a précisé le contenu législatif en prévoyant que tout employeur public a l'obligation d'assurer la sécurité et de protéger la santé, tant physique que mentale, de ses agents publics¹¹⁹. À défaut, l'employeur sera passible d'une sanction. La consolidation normative a suscité un renouveau dans la gouvernance hospitalière, à savoir, en repensant la sécurité et en renforçant les plans d'actions, désormais soutenue par l'ONVS. La violence est devenue un risque professionnel confirmé, pour lequel la mobilisation interne doit être effective. L'actualisation des règles dans ce domaine atteste l'intensification des tensions à l'hôpital, d'où l'intervention progressive du médiateur dans la relation médicale.

B) La médiation : un outil répandu au sein des hôpitaux pour neutraliser la violence

Certaines situations nécessitent d'avoir recours à une tierce personne pour régler un conflit dans la relation médicale, à la suite d'une incompréhension ou d'un malentendu (1.) Ce nouveau mode de règlement alternatif des litiges s'impose peu à peu au sein des établissements de santé et offre de multiples avantages pour restaurer la qualité de la relation médicale (2.)

1) *Le recours à la médiation à l'hôpital*

La médiation a été introduite au sein des hôpitaux par la loi KOUCHNER du 4 mars 2002, norme de référence dans le système de santé. La création de ce mécanisme a pour objectif de renforcer les droits des patients, tout en leur permettant d'exprimer leur insatisfaction, en vue de restaurer le dialogue avec les professionnels de santé. La loi de 2002 a affirmé sa volonté protectrice à l'égard des patients en leur reconnaissant de nombreux droits : le libre choix du praticien, les informations relatives à leur état de santé, le droit de consulter leur dossier médical, le droit de bénéficier de soins pour soulager leur douleur ou encore le droit de saisir un médiateur en cas d'insatisfaction, d'ordre médical ou dans l'organisation de la prise en charge. En insistant sur la notion « *droit des patients* », ce texte offre d'importants avantages pour les usagers. Au sein des établissements de santé, existent deux médiateurs selon les revendications : un médiateur médical pour les situations dans lesquelles l'utilisateur s'estime victime d'un préjudice découlant directement d'une prestation de soins et un médiateur non médical pour les cas étrangers à l'organisation ou au fonctionnement médical¹²⁰. En ce qui concerne la médiation non médicale, il suffit de se focaliser sur les données délivrées par l'ONVS pour confirmer que l'affaiblissement du sens relationnel dans la relation

¹¹⁹ CE, 30 décembre 2011, n°330959 : « *Considérant que les autorités administratives ont l'obligation de prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et morale de leurs agents.* »

¹²⁰ CSP, art. R1112-92 : « *Le médiateur médecin est compétent pour connaître des plaintes ou réclamations qui mettent exclusivement en cause l'organisation des soins et le fonctionnement médical du service tandis que le médiateur non médecin est compétent pour connaître des plaintes ou réclamations étrangères à ces questions. Si une plainte ou réclamation intéresse les deux médiateurs, ils sont simultanément saisis.* »

médicale constitue une problématique majeure. En ce sens, les rapports de l'Observatoire précisent que l'un des principaux motifs du dysfonctionnement de la relation entre le soignant et la personne soignée est l'incompréhension, à savoir, l'absence ou le défaut de communication et d'incompréhension.

Avoir recours à un médiateur professionnel repose sur deux considérations : d'une part, il s'agit d'éviter la dégradation des rapports entre les individus et, d'autre part, de soulager le contexte actuel, marqué par la judiciarisation. En effet, l'époque contemporaine est caractérisée par un recours croissant au juge, désormais considéré comme le protecteur de la société pour prévenir les conflits, reconnaître les droits des citoyens et accroître le contrôle démocratique. En ce sens, l'augmentation des droits des usagers dans le service public a conduit à ce contexte judiciarisé, pour lequel les individus demandent un maximum de protection. Dès lors, l'objectif de la médiation est d'anticiper ces tensions et d'éviter les procédures, en vue d'amoindrir l'inflation des contentieux. En outre, sur le plan moral, faire appel à un médiateur est souvent source d'apaisement. Ce dernier s'appuie en effet sur différents outils relationnels (expression des maux, des malentendus, prononcer des excuses) afin de faire naître le dialogue entre le soignant et la personne soignée. Il s'agit d'une approche socialisante¹²¹ pour parvenir à résoudre un conflit, décrypter les situations et tenter de dénouer les incompréhensions. Toutefois, pour créer un réel climat de confiance et de sécurité, le médiateur se doit de répondre à trois exigences : l'indépendance, l'impartialité et la neutralité. Cette posture est fondamentale pour contribuer, si possible, à la résolution du litige et aboutir à une décision mutuellement approuvée par les parties¹²².

2) Les avantages de la médiation professionnelle dans relation médicale

Face à la montée des violences, des incivilités et des conflits de valeur à l'hôpital, la médiation constitue une valeur ajoutée pour les parties. Reposant sur la déontologie et la fermeté, la médiation est une solution intermédiaire pour travailler sur la dynamique du conflit en analysant sa nature. Dans ce domaine, les acteurs locaux se mobilisent afin d'évoluer dans ce sens, l'objectif reposant également sur la continuité des soins à l'hôpital¹²³. Le management hospitalier s'est saisi de cette évolution, en intégrant dans le paysage hospitalier les médiateurs pour réguler ces tensions. L'objectif poursuivi est de répondre aux deux principales problématiques des hôpitaux : les conditions de travail dénoncées par le personnel hospitalier en raison du climat défaillant avec leur patient et les revendications exprimées par les usagers liées à une mauvaise prise en charge. En effet, les logiques contradictoires, les perceptions différentes, voire les conflits de valeur, sont présentes dans leurs rapports. L'Association francophone d'institutions de santé fait état de l'évolution de la relation médicale et souligne l'importance des médiateurs dans les hôpitaux : « *Contrairement à ce que l'on pourrait croire, ces conflits ne naissent pas, la plupart du temps, suite à des erreurs médicales ou à des aléas thérapeutiques. Ils sont principalement liés à la qualité de la prise en charge du patient, un domaine dans lequel la communication entre le patient et le personnel soignant a toute son importance*¹²⁴. » La médiation dans les établissements de santé apparaît comme un catalyseur, une stratégie susceptible d'aboutir à la résolution d'un conflit, né d'une incompréhension ou d'un malentendu. En conséquence, agir sur la conflictualité permettrait d'apaiser la relation médicale, redonner du sens aux professions de santé et restaurer la qualité de vie au travail.

En introduisant la médiation, le législateur a créé une dynamique fondée sur la communication et le respect entre les personnes concernées par un différend. La réalité du monde hospitalier, caractérisée par le manquement aux règles civiles, nécessite qu'elle soit travaillée dans le temps et dans l'espace. Progressivement, tant au plan local que national, les acteurs entrent dans la culture de la sécurité pour apporter des réponses. Par déclinaison, cette analyse globale est affinée selon les caractéristiques de l'établissement et son taux d'exposition aux situations de violence, en vue de promouvoir une gouvernance stable et continue. Le recours à la médiation n'est pas uniquement consacré au monde hospitalier. En effet, les médiateurs ont une place importante dans d'autres secteurs (dans l'enseignement, entre professionnel et

¹²¹ Définition LAROUSSE (2019) : « *Qui met au premier plan les préoccupations de justice et d'égalité sociale.* »

¹²² Code d'éthique et de déontologie des médiateurs professionnels : « *Dans le cadre d'un différend, la médiation consiste à permettre à des parties de trouver un accord négocié de manière contributive, c'est-à-dire un accord qui puisse être pérennes, respectueux des personnes et de leurs intérêts.* »

¹²³ Guide de bonnes pratiques réalisée par l'ARS d'Ile-de-France, 2012

¹²⁴ « *La médiation hospitalière. Pour une meilleure communication entre patients et médecins* » Revue Éducation Santé, n°239, 2008

consommateur.) Cependant, la finalité demeure inchangée : restaurer les relations humaines¹²⁵. Au sein des administrations, confrontées aux aléas des usagers, le médiateur occupe des fonctions légitimes et non remises en cause. La médiation, nouveau mode de règlement alternatif des litiges, constitue désormais un véritable facteur de cohésion sociale, même si elle doit encore faire ses preuves. Au fil des réformes, le législateur s'est montré actif pour concilier qualité de vie au travail, prévention contre les violences et qualité des soins. Toutefois, l'acteur emblématique des établissements de santé est son directeur, en raison des pouvoirs qui lui sont attribués. Une analyse approfondie de son rôle et de ses fonctions mérite d'être étudiée, afin d'en apprécier la portée.

Section 2 : Le directeur d'hôpital, une autorité aux prérogatives étendues pour faire régner l'ordre public

Le directeur d'hôpital occupe une place centrale dans la gestion de son établissement. Il possède une autorité légitime pour prendre des mesures relatives au maintien d'un climat de sécurité. Cette logique préventive, conférée au directeur d'hôpital, est le fruit d'une avancée législative et jurisprudentielle¹²⁶. Auparavant, son rôle était limité à deux grandes missions : représenter l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agir en justice au nom de l'établissement (paragraphe 1.) Les réformes successives n'ont cessé de renforcer sa place au sein de la structure, afin d'affirmer son autorité (paragraphe 2.)

Paragraphe 1 : le directeur, une autorité hiérarchique disposant d'un pouvoir de police à visée préventive de police administrative

Bien que la Haute juridiction administrative, depuis 1936, reconnaisse un pouvoir réglementaire au chef de service s'agissant de l'organisation générale des services, les textes et la jurisprudence ont accru les pouvoirs du directeur d'hôpital. Il dispose d'un pouvoir de police à visée préventive, dont la finalité est de préserver l'ordre et la sécurité publiques au sein de son établissement (A.) Le législateur a aussi contribué à la progression de son pouvoir, en vue d'en ressortir des effets positifs (B.)

A) Maintien de l'ordre public et sécurité : les justifications des prérogatives du directeur d'hôpital

L'enrichissement des prérogatives du directeur d'hôpital repose sur des choix stratégiques, reconnues par le législateur et le juge administratif (1.) Ces derniers ont affirmé et conforté son rôle pour répondre aux principes généraux inhérents à tout service public (2.)

1) Prémices et justifications des pouvoirs du directeur : une autonomisation croissante

L'arrêt rendu par le Conseil d'État en 1976¹²⁷ marque les débuts de la reconnaissance des pouvoirs du directeur d'hôpital. Cette jurisprudence considère que ce dernier exerce ses fonctions en tant que chef de l'établissement, lui permettant ainsi, légitimement, d'organiser le fonctionnement du service public placé sous son autorité. La jurisprudence postérieure a fortifié la place du directeur, considérant qu'il est l'autorité sur laquelle les professionnels de santé peuvent s'appuyer pour garantir leur sécurité sur leur lieu de travail. Le juge administratif est protecteur des prérogatives du directeur d'hôpital et n'a cessé de les étendre au fil des contentieux, notamment en reconnaissant explicitement son pouvoir de police générale : « *L'autorité compétente pour assurer le pouvoir de police générale dans un établissement public consacré aux aliénés comme dans l'ensemble des établissements publics de santé est le directeur de l'établissement (...) En subordonnant, pour des motifs de sécurité, la visite rendue par un médecin généraliste extérieur à l'établissement à l'un de ses patients, qui y avait été placé d'office, (...) le directeur du centre hospitalier spécialisé a pris une mesure qui doit être regardée comme relevant de la police générale de*

¹²⁵ « Pratique de l'ingénierie relationnelle, la médiation professionnelle au service des entreprises » ESF Éditeurs, 2016 : « Mettre en place un dispositif interne de médiation est une façon de dire que nous avons le souci d'individualiser la relation humaine. »

¹²⁶ CE, JAMART, 7 fév. 1936 : « Tout chef de service dispose d'un pouvoir réglementaire pour organiser ses services. »

¹²⁷ CE, 4 fév. 1976, n° 97685 : « Considérant que si, en déposant un préavis de grève les sections syndicales du centre psychothérapique de THUIR ont affirmé que les soins et la sécurité seraient assurés par les grévistes, cette circonstance n'était pas de nature à priver le directeur du droit qu'il tenait de ses pouvoirs généraux d'organisation des services placés sous son autorité de fixer sous le contrôle du juge de l'excès de pouvoir les limites du droit de grève. »

*l'établissement*¹²⁸. » Les fondements jurisprudentiels relatifs à ses pouvoirs ont été complétés par un corpus juridique afin d'asseoir les compétences des chefs d'établissements de santé.

Les prérogatives de cet acteur principal ont fait l'objet d'une construction législative conséquente, principalement inscrite dans le Code de la santé publique¹²⁹. Les dispositions relatives aux pouvoirs qui lui sont conférés sont dues à l'évolution normative, notamment depuis la loi BOULIN de 1970, portant réforme hospitalière. Cette dernière a offert une place dominante au directeur en lui laissant le soin de mettre en œuvre et de conduire la politique générale de l'établissement, tout en exerçant son autorité sur l'ensemble des personnels. Ce texte a été l'un des éléments déclencheurs de l'affirmation de ses prérogatives, en passant d'un cadre général à des aspects plus techniques. L'étendue des attributions du chef d'un établissement de santé paraissent justifiées en raison de la nature même de l'institution hospitalière. En effet, un hôpital est un lieu spécifique, dont la fonction consiste à délivrer des soins médicaux aux individus qui en ont besoin. Les usagers sont effectivement en position de vulnérabilité (blessés, malades, affaiblis) et demandent à être soignés et/ou guéris. Or, et tel que cela a été explicité dans le premier chapitre, les comportements des usagers sont devenus imprévisibles et, parfois, leur état de santé peut entraîner certains débordements, voire aboutir à la violence. Ce constat suppose que des règles fermes soient établies, en vue de préserver la tranquillité et la sécurité de tous. La réglementation relative au respect de l'ordre public est sous la responsabilité du directeur, principale autorité de l'hôpital, notamment par le biais du règlement intérieur, véritable loi de l'hôpital¹³⁰. Cette considération suppose qu'une politique, fondée sur la qualité, la gestion des risques et les conditions de travail, soit mise en œuvre par le directeur. En la matière, il lui incombe d'impulser de telles politiques, tant préventives que correctives, afin de reconsidérer les missions premières de ce lieu, en les mettant au premier plan.

2) *Le directeur, véritable garant de l'ordre public*

L'évolution et l'accroissement des pouvoirs du chef d'établissement traduisent son rôle, désormais érigé en tant que garant de l'ordre public hospitalier. En ce sens, il détient un pouvoir de police administrative pour prévenir les atteintes et y mettre fin. L'ordre public est une notion relevant du droit administratif, notion pour laquelle la doctrine¹³¹ a donné une définition matérielle : « *L'ordre public, au sens de la police, est l'ordre matériel et extérieur considéré comme un état de fait opposé au désordre, l'état de paix opposé à l'état de trouble. La police ne pourchasse pas les désordres moraux, elle est pour cela radicalement incompétente : si elle l'essayait, elle verserait immédiatement dans l'inquisition et dans l'oppression des consciences à cause de la lourdeur de son mécanisme.* » La notion d'ordre public est le fruit d'une construction jurisprudentielle évolutive, recouvrant le triptyque suivant : la tranquillité, la sécurité et la salubrité publiques. Sous la plume du Conseil d'État, s'est ajoutée, en tant que quatrième composante, le respect de la dignité de la personne humaine¹³². Dès lors, ce terme se rapproche d'autres notions, dont la sécurité et la sûreté. Les juges et le législateur sont attachés aux éléments qui définissent cette notion. L'évolution de ses composantes ont nécessairement conduit à de nouvelles compétences attribuées au chef d'établissement afin qu'elles soient ressenties au sein des hôpitaux. En sa qualité d'autorité de police administrative, le directeur est reconnu compétent et responsable de la préservation de la sécurité, de la tranquillité, de la prévention contre les risques ou de la possibilité de procéder à des contrôles. Le domaine de la sécurité nécessite de développer une doctrine, acceptée au niveau local, afin qu'elle soit cohérente avec les revendications exprimées.

Pour parfaire son rôle, le législateur a donné compétence au directeur d'hôpital pour édicter des actes administratifs, en vertu de son pouvoir de police administrative. En ce sens, il est détenteur d'un pouvoir de décision important relatif à différentes thématiques pour qu'il y ait une conformité avec le pouvoir général qui lui est dévolu. Pour le directeur, l'édition d'actes administratifs unilatéraux constitue

¹²⁸ CE, 17 nov. 1997, n° 168606

¹²⁹ CSP, art. L6143-7 : « *Le directeur, président du directoire, conduit la politique générale de l'établissement. Il représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement (...)* Le directeur exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé. »

¹³⁰ CSP, art. L6143-7 13°

¹³¹ Maurice HAURIOU, *Précis de droit administratif*, 1927

¹³² CE, *Morsang-sur-Orge*, 27 octobre 1995, n°136727 : « *Le respect de la dignité de la personne humaine est une des composantes de l'ordre public.* »

l'instrument par excellence de son pouvoir. En effet, ses actes bénéficient du « *privilège du préalable*¹³³ », véritable prérogative de puissance publique, disposant d'une présomption de légalité. Dans ce domaine, l'action administrative n'a pas besoin de recueillir l'approbation des administrés. De plus, les effets produits par ces actes sont exécutoires de plein droit. Comme en témoigne la jurisprudence administrative, le caractère exécutoire des actes unilatéraux constitue une règle fondamentale en droit public¹³⁴. Toutefois, la mesure adoptée doit être proportionnée au regard de la finalité recherchée. Bien que le cadre juridique soit catégorique, il est de la responsabilité du directeur de mettre en œuvre des mesures efficaces, par le biais d'objectifs et de moyens afin d'évaluer les répercussions de sa politique, tant à l'égard du personnel que des usagers. La gouvernance hospitalière repose ainsi sur des choix judicieux, devant être pris au plus près du terrain.

B) Des prérogatives justifiées par un contexte caractérisée par la violence

Les politiques de sécurité sont des sources fondamentales, pour lesquelles les autorités publiques accordent une grande importance en raison de leur multiplication (1.) Ces normes doivent être déclinées au niveau local afin qu'elles produisent leurs effets. Toutefois, l'évolution du contexte hospitalier a offert au corps médical certaines prérogatives dans la gestion de l'établissement. Ce constat suppose une véritable complémentarité entre corps administratif et corps médical afin de parvenir à une gestion hospitalière efficiente (2.)

1) *L'inflation législative en matière de sécurité*

En raison du pouvoir de police administrative reconnu au directeur d'hôpital, ce dernier dispose de nombreuses sources pour faire valoir son autorité au sein de son établissement. Toujours fondée sur le maintien de l'ordre public, son pouvoir de décision est déterminant quant à la préservation de la sécurité. Cependant, les autorités publiques nationales et régionales ont également la responsabilité de mettre en œuvre de telles mesures, relatives à la sécurité et à la prévention des risques. En ce sens, les pouvoirs centraux participent à l'exercice de la police administrative, tels que le directeur général de l'Agence Régionale de Santé, le préfet et les ministres compétents. Dès lors, le directeur, en qualité de représentant légal de l'établissement, doit appliquer les règles élaborées par ces autorités. Cette diversité d'acteurs témoigne la volonté de corriger les éléments qui influent négativement dans l'organisation des hôpitaux (absentéisme, démission, démotivation professionnelle, absence de reconnaissance professionnelle.) Incontestablement, il s'agit d'un enjeu de santé publique pour lequel le législateur souhaite apporter des réponses, devant ensuite être déclinées au niveau local. En effet, derrière cette nuisance, c'est tout le service public hospitalier et ses corollaires qui sont visés (continuité des soins, mutabilité.) Pour illustrer ce propos, le directeur de l'établissement détient le pouvoir d'expulser un usager (ou un accompagnateur) qui porterait atteinte à la tranquillité publique ou encore les usagers, hostiles aux règles de savoir-vivre, qui commettraient un acte de violence à l'encontre d'un professionnel. De surcroît, en vue de ne pas troubler le fonctionnement des services, les visites aux patients sont strictement fixées par les établissements¹³⁵ (les heures autorisées, la durée, le nombre de visiteurs, les règles d'hygiène.) Ces règles sont élaborées pour ne pas entraver le repos des personnes malades ou créer des désordres dans les unités de soins. Les situations énoncées offrent un pouvoir conséquent au directeur, devant revêtir un caractère ferme dès lors qu'elles se produisent. Le Code de la santé publique conforte ces prérogatives en précisant : « *Lorsqu'un malade, dûment averti, cause des désordres persistants, le directeur prend, avec l'accord du médecin chef de service, toutes les mesures appropriées pouvant aller éventuellement jusqu'au prononcé de la sortie de l'intéressé*¹³⁶. » Par ailleurs, c'est souvent dans ce contexte qu'interviennent les forces de l'ordre afin de ne pas banaliser la violence de ces actes.

¹³³ Terme utilisé par Maurice HAURIUO dans sa note relative à l'arrêt Préfet de l'Eure rendu par le Conseil d'État le 30 mai 1913

¹³⁴ CE, HUGLO et autres, 2 juillet 1982, n°25288 25323 : « *Considérant que les décisions du président et des présidents adjoints de la section du contentieux ont pour seul objet de suspendre provisoirement les effets d'un jugement du tribunal administratif ordonnant le sursis à exécution d'une décision administrative qui a un caractère exécutoire ; que ce caractère est la règle fondamentale du droit public.* »

¹³⁵ CSP, art. R1112-48 et art. R1112-47

¹³⁶ CSP, art. R1112-49

Au-delà des comportements contraires aux règles civiles, les textes en vigueur prennent acte du contexte, caractérisé par la menace terroriste. Un appel national à la plus grande vigilance s'impose et la mise en œuvre de mesures spécifiques doit être effectuée. Les instructions sont déclinées en plusieurs orientations à l'attention du directeur d'hôpital pour créer une politique de sécurité¹³⁷. Il s'agit de clarifier le rôle des individus en charge de la sécurité de l'établissement, communiquer à l'ensemble du personnel les réflexes à adopter et réviser ces politiques régulièrement afin qu'elles soient adaptées au contexte et à l'évolution sociétale dans ce domaine. Les textes relatifs à cette thématique livrent de nombreux exemples afin que les moyens adoptés par les établissements soient pertinents (fermeture systématique des portes, contrôle des accès, renforcer la surveillance de l'hôpital, mettre en place des systèmes de vidéosurveillance, restreindre les points d'entrée et de sortie, gestion des flux, protection des matériaux pouvant être utilisés de manière malveillante.) Le débat sur la sécurité au sein des hôpitaux ne cesse de s'alimenter. Face aux résultats délivrés par l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé, ce dernier lance un appel aux directeurs des établissements sanitaires pour les encourager à signaler automatiquement ces situations. Adopter le réflexe des déclarations à l'ONVS constitue la clé d'un apprentissage de ces phénomènes en vue de les éradiquer progressivement, et, ainsi, faire évoluer les politiques publiques sur ce sujet.

2) *La complémentarité entre corps médical et corps administratif, une articulation essentielle*

Le directeur dispose de larges prérogatives pour garantir le bon fonctionnement de son établissement. Toutefois, et comme c'est le cas dans de nombreux secteurs, une direction efficace repose sur la complémentarité. Dans le cadre des mesures de police administrative présentées, le corps médical doit parfois intervenir afin de parvenir à une décision légitime. Pour ce faire, la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire, promulguée le 21 juillet 2009, a modifié la gouvernance hospitalière, en consolidant le rôle des chefs de pôles dans la gestion de l'établissement. Ces derniers ont en effet bénéficié d'un pouvoir managérial, grâce à la reconnaissance de certaines prérogatives. Le décret du 11 juin 2010¹³⁸ fixe ses conditions d'exercice, ses fonctions ainsi que ses responsabilités, au regard des activités, des moyens et de l'organisation du pôle. Qualifié en tant que « manager », celui-ci doit répondre aux missions qui lui sont confiées, à travers le contrat de pôle¹³⁹. Dans ses énoncés, le législateur atteste la nécessaire complémentarité entre le corps médical et le corps administratif : « *Le praticien chef d'un pôle (...) met en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Il organise, avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des structures, services ou unités fonctionnelles, prévues par le projet de pôle*¹⁴⁰. » Cette disposition témoigne de l'importance du corps médical dans les formalités administratives, la gestion du personnel et le fonctionnement de l'établissement.

En prenant acte de ces évolutions, la gouvernance hospitalière s'est orientée vers l'amélioration des pouvoirs du corps médical. De plus, face à la multiplication des instances à l'hôpital, la Commission Médicale d'Établissement (CME), instance représentant la communauté médicale de l'hôpital, s'est vu reconnaître certaines missions. Ces dernières, fixées par le Code de la santé publique¹⁴¹, comprennent notamment la négociation des contrats de pôles, les plans de formations des médecins ainsi que la préparation du projet médical d'établissement. Également, la CME est une aide précieuse pour la conception des documents suivants : les projets concernant l'amélioration de l'accueil et la prise en charge des patients, la politique de qualité et de sécurité des soins. Toutefois, bien que sa participation aux décisions soit importante, la CME ne dispose que d'un rôle consultatif. Les domaines énumérés traduisent néanmoins la finalité poursuivie : faire participer le corps médical au pouvoir global de direction de l'hôpital, initialement réservé au directeur. Dès lors, le législateur, en confortant le rôle du chef de l'établissement, a également intégré celui des professionnels médicaux et soignants. Au-delà de ces attributions, doit être instaurée, entre le corps administratif et le corps médical, une réelle dynamique pour

¹³⁷ Instruction n° SG/HFDS/2016/340 du 16 novembre 2016 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements de santé

¹³⁸ Décret n°2010-656 relatif aux pôles d'activité clinique ou médico-technique dans les établissements publics de santé du 11 juin 2010

¹³⁹ CSP, art. L6146-1 : « *Le directeur signe avec le chef de pôle un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens du pôle.* »

¹⁴⁰ *Ibid*

¹⁴¹ CSP, art. R6144-1

aboutir à des réponses concrètes. L'objectif étant celui de se positionner sur les meilleures solutions en matière de sécurité, leur collaboration et leur complémentarité doivent devenir des forces pour créer une politique acceptable et réalisable.

Paragraphe 2 : des fonctions et des prérogatives conséquentes nuancées par des limites juridictionnelles et financières

Malgré les évolutions des prérogatives du directeur, son rôle s'est amoindri progressivement. En effet, des considérations liées à la préservation des libertés individuelles (A) et aux insuffisances financières (B) constituent de véritables entraves à son intervention.

A) La limitation des pouvoirs du directeur d'hôpital par le contrôle du juge administratif

En droit français, l'hôpital est reconnu comme étant une personne publique. Son directeur ainsi que son personnel sont soumis à des règles strictement établies, sous le contrôle du juge administratif (1.) Cependant, en l'état actuel du droit, pour garantir une bonne administration, la conciliation entre ordre public et libertés individuelles demeure la règle, bien qu'elle soit source de complexité (2.)

1) Des mesures de police administrative limitées par le principe de proportionnalité

Dans son précis de droit administratif et de droit public, paru en 1919, Maurice HAURIOU insiste sur le rôle de la police administrative pour rétablir la sécurité, en ce qui concerne les troubles matériels. En ce sens, ce juriste, considéré comme le père du droit administratif, déclare : « *Pour la police, mérite d'être interdit tout ce qui provoque du désordre, mérite d'être protégé ou toléré tout ce qui n'en provoque point. Le désordre matériel est le symptôme qui guide la police comme la fièvre est le symptôme qui guide le médecin.* » L'administration dispose légitimement de cette fonction, lourdes de conséquences et de responsabilités. Dès lors, afin que cette mission soit réalisée dans la stricte légalité, l'hôpital, en sa qualité d'établissement public, est soumis aux contrôles du juge administratif. Ce dernier doublement compétent : d'une part, pour vérifier que le service public réponde aux exigences requises et, d'autre part, pour analyser la légalité des actes produits par l'administration, qu'ils soient réglementaires ou individuels. L'appréciation souveraine du juge a pour objet de limiter les prérogatives du directeur dans son champ de compétences. Les mesures qui visent à préserver l'ordre public sont essentielles pour assurer leur effectivité, mais, elles sont marquées par une contrepartie juridictionnelle. Les juges exercent en effet un contrôle étendu et fructueux, en recherchant que la finalité exclusive de ces mesures est bien d'assurer le maintien de l'ordre public, sans finalités extérieures. Un célèbre arrêt rendu par le Conseil d'État¹⁴² a innové en la matière, en venant fixer les contours du contrôle opéré par le juge. Il s'agit du contrôle de proportionnalité, véritable guide de l'action administrative, reposant sur l'efficacité, la nécessité et la proportionnalité. Derrière ce contrôle, se trouve l'idée d'équilibre entre les motifs qui ont entraîné la prise d'une mesure et le respect des libertés individuelles. L'essence de ce principe repose sur deux finalités précises : suivre l'intérêt général et analyser son opportunité selon les circonstances. Depuis lors, cette jurisprudence n'a cessé de s'appliquer et s'est systématisée au fil des contentieux¹⁴³.

Le rôle de gardien des libertés individuelles et publiques du Conseil d'État l'a conduit à affiner son contrôle. À titre d'illustration, pour les affaires dans lesquelles il est saisi, le juge vérifie si d'autres mesures, moins contraignantes ou restrictives, auraient pu être prises. De surcroît, le juge confirme les mesures d'interdiction dès lors qu'elles sont indispensables, à savoir, lorsque l'administration n'avait pas d'autres choix que d'adopter une telle mesure pour préserver la sécurité des lieux. Cependant, le juge a une position ferme lorsqu'il s'agit de mesures qui établissent des interdictions générales et absolues. Certaines affaires rendues concluent en effet que les actes pris en ce sens revêtent un caractère illégal¹⁴⁴. Dans ce

¹⁴² CE, *BENJAMIN*, 19 mai 1933, n°17413 17520

¹⁴³ CE, *Association pour la promotion de l'image*, 26 octobre 2011, n° 317827 : « *La conservation et le traitement, par une autorité publique, d'informations personnelles nominatives, ne peut être légalement autorisée que si elle répond à des finalités légitimes et que le choix, la collecte et le traitement des données sont effectués de manière adéquate et proportionnée au regard de ces finalités.* »

¹⁴⁴ CE, *Association Communauté tibétaine en France*, 12 novembre 1997, n° 169295 : « *Considérant, d'une part, que s'il appartient au préfet de police de prendre toutes mesures appropriées, (...) pour prévenir les risques de désordres susceptibles d'être occasionnés par les manifestations envisagées par*

contexte, il est opportun que les circonstances soient prises en considération. Au sein des hôpitaux, le corps administratif, notamment son directeur, est érigé en tant que protecteur de la sécurité des lieux, en vue de prévenir les risques et les troubles pouvant porter atteinte à l'ordre public. Les mesures édictées doivent ainsi être respectueuses des intérêts des usagers et du personnel hospitalier. Dès lors, l'autonomie de décision des établissements de santé offre l'avantage d'agir face à d'éventuelles menaces, l'objectif étant de rétablir la tranquillité. En conséquence, le chef de l'établissement dispose de compétences obligatoires pour assurer une protection générale. À l'inverse, le juge confirme que, en cas d'inaction ou de carence du directeur dans ses compétences, sa responsabilité est susceptible d'être engagée. En effet, l'autorité disposant du pouvoir de police administrative a l'obligation de prendre les mesures nécessaires pour parvenir à l'application effective des règlements qu'elle édicte¹⁴⁵. Un directeur peut tout à fait être attaqué devant les juridictions administratives pour défaut d'accomplissement de ses missions dans l'organisation du service public qu'il a sa charge.

2) Sécurité et libertés individuelles, une difficile articulation

La police administrative, bien qu'elle soit protectrice des lieux publics, ne dispose pas de compétences illimitées. Le principe de proportionnalité tempère en effet les pouvoirs des autorités détentrices. La justification première de ce constat repose sur le respect des libertés individuelles, notion de plus en plus affirmée dans les sociétés contemporaines. Cependant, la recherche permanente de l'équilibre entre liberté et ordre public n'est pas nouveau. À titre d'illustration, un ancien sénateur de la III^{ème} République considérait, déjà, en ce sens : « *Si l'on a présenté ces droits de l'État et ces droits de l'individu, a-t-on fait quelque chose de bien remarquable, de bien utile au peuple ? On a tout simplement posé un problème, l'éternel problème de la conciliation du droit de l'individu avec le droit de la société, de la conciliation de l'ordre avec la liberté*¹⁴⁶. » Dans le système français, la création du Conseil constitutionnel a permis de donner naissance à des acteurs compétents pour opérer un véritable contrôle entre les textes législatifs, garants de l'ordre public, et les libertés des individus. En la matière, l'État s'est donné les moyens d'affirmer le caractère sacré de cette conciliation, qui s'avère parfois compliquée. En effet, la sécurité intérieure nécessite de parvenir à des arbitrages, parfois à des limitations de libertés, au nom de l'ordre public. Comme en témoigne l'une des décisions rendues par le Conseil constitutionnel, « *Considérant qu'en vertu de l'article 34 de la Constitution, la loi fixe les règles concernant les garanties fondamentales accordées aux citoyens pour l'exercice des libertés publiques ; que, dans le cadre de cette mission, il appartient au législateur d'opérer la conciliation nécessaire entre le respect des libertés et la sauvegarde de l'ordre public sans lequel l'exercice des libertés ne saurait être assuré*¹⁴⁷. » Le Conseil constitutionnel n'a pas un rôle similaire à celui du Parlement, dans la mesure où il ne peut se substituer au législateur. Néanmoins, il se doit de protéger les droits et les libertés de la personne humaine. L'équilibre entre libertés et ordre public traduit la volonté de l'État démocratique, voulant se montrer généreux et protecteur à l'égard des individus pour parfaire son rôle.

L'évolution de la société et la reconnaissance croissante des libertés constitutionnelles (droit à l'intimité de la vie privée, la liberté d'aller et de venir, la sûreté, la liberté d'expression, la liberté religieuse, le droit d'asile) ont contribué au contexte contemporain, marqué par la judiciarisation. Cette nouvelle tendance, à savoir, celle de saisir la justice pour faire valoir ses droits individuels, s'articule avec les garanties de nature juridictionnelle, tels que les recours dirigés à l'encontre des autorités administratives. En particulier, les recours pour excès de pouvoir¹⁴⁸ sont l'instrument par excellence pour garantir les libertés publiques, en vue d'annuler une décision administrative. Dans ce domaine, les contestations des individus à l'encontre de l'administration peuvent être relatives à une mauvaise organisation des services ou à un défaut dans son fonctionnement. Au sein des hôpitaux, le législateur déclare explicitement que les

l'association « La communauté tibétaine en France et ses amis », il ne pouvait prendre un arrêté d'interdiction générale qui excédait, dans les circonstances de l'espèce, les mesures qui auraient été justifiées par les nécessités du maintien de l'ordre public à l'occasion de cette visite. »

¹⁴⁵ CE, DOUBLET, 14 décembre 1962, « *Qu'il est constant qu'il n'a pris aucune mesure pour mettre un terme aux infractions à ladite réglementation invoquées par le sieur Doublet et dont la réalité est corroborée par les pièces du dossier ; que cette carence systématique présente, dans les circonstances de l'affaire, le caractère d'une faute lourde de nature à engager la responsabilité de la commune. »*

¹⁴⁶ Armand FRESNEAU (1823 – 1900) dans l'ouvrage du Professeur LUCHAIRE François, « *Naissance d'une Constitution : 1848* » – Fayard, 1998

¹⁴⁷ DC n°85-187, *Loi relative à l'état d'urgence en Nouvelle-Calédonie et dépendances*, 25 janv. 1985

¹⁴⁸ CJA, art. R421-1 : « *La juridiction ne peut être saisie que par voie de recours formé contre une décision, et ce, dans les deux mois à compter de la notification ou de la publication de la décision attaquée. »*

directeurs des établissements de santé sont compétents pour cesser ces troubles. L'affirmation du nécessaire équilibre entre libertés et ordre public est ainsi une responsabilité qui leur incombe. À titre d'illustration, ce constat se retrouve dans le secteur psychiatrique. En effet, auparavant, les patients bénéficiaient de moins de libertés et de droits civils ou familiaux qu'actuellement. Désormais, leur position plus favorable, en mettant de côté la notion de « patient enfermé. » Le législateur a également conforté les limitations des libertés pour les individus placés en hôpital psychiatrique en considérant : « *Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux fait l'objet de soins psychiatriques (...) les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis. En toutes circonstances, la dignité de la personne doit être respectée et sa réinsertion recherchée*¹⁴⁹. » En conséquence, les libertés reconnues à l'ensemble de la population sont mises au premier plan, même si une graduation des mesures reste indispensable.

B) L'insuffisance de moyens financiers, un élément défavorable à la gestion hospitalière

Le contexte juridique est un élément fort, pesant sur les pratiques et les comportements et, par répercussion, sur les hôpitaux. Les réformes successives ont tenté d'apporter des réponses en renforçant les obligations des établissements de santé, tout en diminuant les dépenses (1.) À terme, le bilan est mitigé dans la mesure où l'hôpital est caractérisé par des logiques contradictoires : celle du service public et celle du marché (2.)

1) *Les effets de la tarification à l'activité à l'hôpital*

Le directeur d'hôpital est reconnu par le législateur comme étant une autorité d'impulsion. Cependant, de nombreux facteurs viennent contrecarrer son rôle en limitant un pilotage effectif. En effet, gouverner un établissement de santé suppose d'édicter des choix stratégiques pour assurer son fonctionnement, tant à l'égard de son personnel que des usagers. Pour ce faire, les pouvoirs publics ont mis en place une nouvelle gouvernance à l'hôpital, en renforçant les pouvoirs de la direction administrative, notamment ceux du directeur, quant à la conduite de la politique de son établissement. Progressivement, la gestion hospitalière a introduit des concepts issus du secteur privé, l'objectif étant que l'hôpital fonctionne comme une entreprise souple, réactive et efficace. Le fil conducteur des politiques hospitalières repose sur une logique quantitative, parfois au détriment de la qualité, entraînant de lourds impacts sur les soins délivrés, telles que les sorties prématurées des usagers. Cette vision a été confortée en 2007¹⁵⁰, année marquée par une nouvelle méthode de financement des établissements de santé, abandonnant ainsi la dotation globale de financement annuel appliquée depuis 1983. Cette nouvelle logique, appelée « *tarification à l'activité* » (T2A), est l'élément central du nouveau fonctionnement hospitalier¹⁵¹. Désormais, la T2A est le mode unique de financement pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique. Afin d'analyser les impacts de la T2A dans les hôpitaux, un comité de réflexion, composé d'experts, de médecins, de directeurs, d'économistes et de sociologues a été créé afin de rendre compte de la portée et des conséquences de la T2A. En 2017, le Docteur Olivier VERAN, praticien hospitalier au Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble, a remis à l'ancienne Ministre de la Santé¹⁵² la deuxième partie des travaux réalisés par ce comité pour examiner l'évolution des modes de financement des établissements de santé¹⁵³. La mission première de ce comité d'experts était d'étudier les alternatives à ce mode de financement et, ainsi, neutraliser ses effets pervers. Effectivement, la T2A a souvent fait l'objet d'accusations, à savoir, d'entraîner une course à l'activité et une augmentation de la productivité. Il ressort d'ailleurs de ce rapport des aspects négatifs dans la mesure où ces experts mettent en lumière la détérioration de l'aspect relationnel des soins.

Ce financement novateur au sein des hôpitaux publics a défavorisé la mission noble du personnel hospitalier dans la prise en charge de leurs patients. Le rapport susmentionné révèle en effet une véritable

¹⁴⁹ CSP, art. L3211-3

¹⁵⁰ Plan « *Hôpital 2007* »

¹⁵¹ La T2A a été instaurée par la loi de financement de la Sécurité sociale du 18 décembre 2003

¹⁵² Marisol TOURAINE, Ministre des Affaires Sociales et de la Santé de 2012 à 2017

¹⁵³ La première partie de ce rapport est consacrée à la formulation de propositions

recherche de l'efficacité financière. Par ce nouveau mécanisme, les médecins et les soignants ont tendance à accroître leur activité, dans une logique quantitative, venant contredire les valeurs inhérentes à l'éthique médicale. Dès lors, la mise en place de la tarification à l'activité impacte la direction de l'hôpital : le chef de l'établissement, devant se conformer aux exigences nationales et régionales, doit introduire ces nouvelles logiques dans sa politique. Or, parmi les facteurs liés à la dégradation de la relation médicale, celui-ci constitue un élément important à prendre en considération (consultation plus rapide, faible dialogue, communication peu développée.) Ces négligences peuvent entraîner des actes de soins parfois insuffisants, voire défaillants. La remise en cause de la pertinence des soins est dénoncée par le personnel hospitalier, qui affirme au grand jour son essoufflement et sa démotivation. En effet, ils constatent une inadéquation entre les nouvelles logiques budgétaires et les évolutions de la société, affirmant qu'elles ont une part de responsabilité dans la crise hospitalière.

2) *L'affaiblissement des valeurs médicales au profit des intérêts économiques*

Les réformes hospitalières ont pour objectif de rendre le pilotage des établissements publics de santé productif, préserver l'avenir de l'hôpital et établir une administration efficace. Cependant, la question économique met en évidence un paradoxe : le soin, devenu aujourd'hui un bien supérieur, fait l'objet d'une marchandisation au regard du nouveau fonctionnement de l'hôpital. La théorie grandissante du Nouveau Public Management est guidée par une approche médico-économique, dont les justifications reposent sur l'efficacité, la performance et l'efficacité. Cette idéologie trouble vigoureusement la conception traditionnelle de l'hôpital pour l'insérer dans une logique de marché. Cette théorie a fait l'objet d'une définition synthétique, résumée en cinq éléments majeurs : « *La séparation entre fonctions de stratégie, de pilotage et de contrôle et les fonctions opérationnelle ; la fragmentation des bureaucraties verticales par création d'unités administratives autonomes ; le recours systématique aux mécanismes de marché ; la transformation de la structure hiérarchique de l'administration en renforçant les responsabilités et l'autonomie des échelons en charge de la mise en œuvre de l'action ; la mise en place d'une gestion par les résultats*¹⁵⁴. » Cette définition, incontestablement marquée par une logique de marché, semble trahir la vocation première du service public hospitalier.

Le nouvel environnement hospitalier a suscité des réactions de la part des directeurs d'établissements publics de santé. En ce sens, ils considèrent que cette théorie n'est pas adéquate au monde hospitalier. Les dirigeants des hôpitaux estiment en effet qu'il est de leur devoir de répondre aux attentes, en termes d'hospitalisation, de temps d'attente, de satisfaction des usagers, de sécurité et de qualité de vie au travail. Or, de nombreux facteurs entravent leurs compétences. Ces considérations sont complétées par une réglementation nationale, de plus en plus rigoureuse, pour laquelle ils ont des difficultés d'application, faute de moyens financiers suffisants. De surcroît, les échelons supérieurs, telles les Agences Régionales de Santé, ont amoindri le rôle des directeurs, en devenant une autorité hiérarchique et en allégeant les prérogatives de ces derniers, en vue d'atteindre la qualité de manager. En conséquence, la conciliation de la théorie du New Public Management avec les bonnes pratiques médicales n'a pas été encore atteinte à ce jour et paraît difficilement réalisable. Pour illustrer ce propos, l'Académie Nationale de Médecine¹⁵⁵ précise dans son rapport, rendu en 2019, les origines de la crise hospitalière. Le premier élément avancé est fondé sur l'affaiblissement des valeurs médicales en faveur des intérêts économiques. Cette considération est, selon les auteurs, une « *crise de perte de sens*. » Dès lors, ces éléments de contexte vont à l'encontre de la promotion d'une relation médicale sereine et fondée sur la confiance, l'une des premières défaillances du monde hospitalier à ce jour.

Après avoir analysé le contexte hospitalier et les problématiques majeures rencontrées, il est désormais opportun de s'intéresser aux actions gouvernementales. En effet, la violence à l'encontre des professionnels de santé, sujet devenu un enjeu de santé publique, a fait l'objet d'un arsenal législatif conséquent pour parvenir à limiter ce phénomène.

¹⁵⁴ Philippe BEZES et Didier DEMAZIERE, « Hood », 1991

¹⁵⁵ Issue de l'Académie royale de médecine (1820), cette Académie a pour principale mission de répondre aux questions du gouvernement dans le domaine de la santé publique

Partie 2 : État du droit : la recherche du rétablissement d'un climat de confiance à l'hôpital comme objectif et priorité publics

Dans la fonction publique, la lutte contre le harcèlement et les formes de violence est érigée en tant qu'objectif prioritaire à atteindre par les décideurs publics. Dans ce domaine, les normes n'ont cessé d'évoluer, afin d'offrir un cadre protecteur en faveur des agents publics. De manière générale, leur protection relève de la compétence de l'administration, à travers la protection fonctionnelle, issue de la loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires. La crise dans la relation entre les usagers et les agents du service public, liée aux tensions et aux comportements malveillants, relève des finalités de cette même politique. Le législateur porte une attention particulière à ce phénomène grandissant, sujet faisant l'objet d'une mobilisation importante. La finalité poursuivie est que les agents et les usagers du service public hospitalier adoptent une conduite exemplaire (chapitre 1.)

Afin de rétablir un climat de confiance à l'hôpital, les pouvoirs publics ont développé de nouveaux moyens de protection. Depuis le début des années 2000, des dispositifs en matière de sécurité ont été étudiés puis déployés dans les établissements publics de santé, par le biais de conventions et de protocoles. Ces progrès se sont traduits par une étroite collaboration entre le monde judiciaire et le monde sanitaire. Effectivement, une relation tripartite Hôpital – Police – Justice est née, afin de maintenir l'ordre dans ces lieux menacés. Cet appui est devenu essentiel pour répondre aux principes du droit positif, notamment le droit à la protection de la santé des individus. L'éradication de la violence dans la relation médicale est la justification majeure de l'implication des acteurs publics, en vue de parvenir à une meilleure gouvernance hospitalière et soigner les maux des professionnels de santé (chapitre 2.)

Chapitre 1 : La politique volontariste du législateur pour préserver la sûreté¹⁵⁶ à l'hôpital

Les exigences démocratiques ont conduit les pouvoirs publics à développer des mécanismes pour protéger les agents publics en raison des spécificités de leur exercice professionnel. En effet, leurs fonctions sont rattachées au bon fonctionnement du service public, ce qui a donné lieu à une contrepartie en leur faveur. En ce sens, l'administration est perçue comme étant débitrice d'obligations à l'égard des agents qu'elle emploie. Ce constat signifie que ces derniers bénéficient d'un droit à être protégé, dès lors que les conditions fixées par la loi sont remplies. L'assistance et l'accompagnement de la personne publique sont devenus une obligation légale, ayant fait l'objet d'une avancée législative, complétée par la jurisprudence administrative (section 1.)

Dans certains secteurs de la fonction publique hospitalière, les conditions de travail des agents publics suscitent un renforcement de leur sécurité. Certaines unités sont en effet plus sensibles que d'autres, ce qui suppose une intervention des autorités publiques plus conséquente. Singulièrement, il s'agit des services de psychiatrie et le milieu pénitentiaire. Les missions exercées par les agents publics dans ces deux domaines nécessitent d'accroître les mesures de protection, notamment, en raison de la pathologie des patients qui y résident ainsi que des motifs d'incarcération des détenus. Les troubles comportementaux et les agissements de certains patients contribuent inévitablement à un environnement de travail moins rassurant. Ce contexte particulier suppose de lier trois exigences : la sécurité, la protection et la qualité de vie au travail (section 2.)

Section 1 : La protection juridique du personnel hospitalier face à l'incivilité¹⁵⁷ et à la violence

Les fonctionnaires des trois versants de la fonction publique (État, collectivités territoriales et hospitalière) bénéficient d'une importante protection pour assurer leur sécurité lors de la réalisation de leurs missions. Les pouvoirs publics se sont saisis des problématiques issues du secteur hospitalier, en vue d'offrir un soutien aux agents concernés (paragraphe 1.) La mise en œuvre de ces politiques repose sur un

¹⁵⁶ Dictionnaire de l'Académie française, 8^{ème} édition : « *Éloignement de tout péril ; état de celui qui n'a rien à craindre pour sa personne ; état de ce qui est à l'abri.* »

¹⁵⁷ Dictionnaire de l'Académie française, 8^{ème} édition : « *Manque de civilité, de politesse.* »

double objectif : la protection des agents par l'administration dès lors qu'ils en font la demande et l'obligation de réparer les préjudices subis. Cet arsenal législatif mérite d'être examiné (paragraphe 2.)

Paragraphe 1 : la protection juridique, un droit en faveur du personnel hospitalier

L'article 11 de la loi du 13 juillet 1983 constitue la référence législative en matière de protection fonctionnelle¹⁵⁸. Cette dernière a fait l'objet d'une solide évolution juridique afin d'accentuer la protection des titulaires de ce droit (A.) En parallèle, cette protection signifie que l'administration doit soutenir et accompagner l'agent victime des faits, tout en veillant à préserver sa santé (B.)

A) Le droit à la protection juridique

Le droit à la protection fonctionnelle s'est développé et renforcé au gré des évolutions sociétales, en vue de poursuivre l'élan de solidarité nationale souhaité. Le législateur et les juridictions administratives ont adopté une position généreuse quant à l'octroi de ce droit. En effet, le juge a élargi le régime de la protection fonctionnelle en y intégrant l'hypothèse du harcèlement moral (1.) La loi du 20 avril 2016, relative à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires, a poursuivi cette extension (2.)

1) Une protection élargie au harcèlement moral par les juridictions administratives

Les agents chargés d'une mission de service public disposent d'une protection étendue dans le cadre de leurs fonctions, qui n'a cessé de s'étendre, principalement sous la plume du Conseil d'État. Par un célèbre arrêt rendu en 2010¹⁵⁹, une nouvelle étape a été franchie, en consacrant le harcèlement moral comme motif légitime pour se prévaloir de la protection fonctionnelle. Il s'agit d'une amélioration du régime en place, confirmé par les jurisprudences postérieures, afin de pallier les lacunes législatives dans ce domaine. Par suite, le législateur s'est emparé des évolutions dans ce domaine, en prenant acte de ce statut protecteur d'origine jurisprudentielle. Bien que le harcèlement moral ait été confirmé en 2002¹⁶⁰, cette consécration législative restait figée, sans réelle application concrète. Le Code du travail a donné une définition du harcèlement moral afin de lever les ambiguïtés et affirmer la protection des travailleurs : « *Aucun salarié ne doit subir les agissements répétés de harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet une dégradation de ses conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel*¹⁶¹. » Dès lors, le harcèlement, véritable forme de maltraitance à l'encontre d'autrui, est apprécié selon son objet ou selon les effets qu'il provoque.

En 2017, le guide de prévention et de traitement des situations de violences et de harcèlement dans la fonction publique a livré une définition, similaire à celle prévue dans le Code du travail, afin d'assurer la protection des agents. Ce document a toutefois ajouté certaines précisions : « *Le harcèlement moral peut se manifester par des gestes, des paroles ou une simple attitude. Ainsi, une personne est victime de harcèlement lorsqu'elle est confrontée à des situations humiliantes de façon répétée, dans l'exercice de ses fonctions.* » Au regard de cette qualification, il convient d'examiner les critères inhérents au harcèlement. En effet, trois conditions doivent être réunies afin que le juge puisse faire droit à la demande de la victime : une dégradation des conditions de travail, des agissements répétés de harcèlement moral¹⁶² et une atteinte aux droits et à la dignité de l'agent, susceptible de compromettre son avenir professionnel et/ou d'altérer sa santé physique ou mentale. Cette consécration jurisprudentielle, puis législative, a permis d'assurer l'effectivité de la protection fonctionnelle. Par cette avancée, les obligations de l'administration envers ses agents se sont intensifiées, dans la mesure où de tels agissements revêtent un caractère dégradant, voire humiliant, qui impactent directement les conditions de travail et la vie personnelle de l'agent victime. La finalité de ces réformes est de souligner l'exemplarité de l'employeur public, en renforçant ses obligations,

¹⁵⁸ « À raison de ses fonctions et indépendamment des règles fixées par le code pénal et les lois spéciales, le fonctionnaire ou, le cas échéant, l'ancien fonctionnaire bénéficie, dans les conditions prévues au présent article, d'une protection organisée par la collectivité publique qui l'emploie à la date des faits en cause ou des faits ayant été imputés de façon diffamatoire. »

¹⁵⁹ CE, Commune de HOENHEIM, 12 mars 2010, n° 308974 : « Qu'en jugeant que des agissements répétés de harcèlement moral étaient de ceux qui pouvaient permettre, à l'agent public qui en est l'objet, d'obtenir la protection fonctionnelle, (...) la cour n'a pas commis d'erreur de droit. »

¹⁶⁰ Loi n°2002-73 du 17 janv. 2002 de modernisation sociale, JORF du 18 janv. 2002, p. 1008

¹⁶¹ C. trav. L1152-1

¹⁶² CA Rennes, 10 déc. 2014, n°14/00134 : en l'espèce, le juge considère qu'un fait unique suffit pour être caractérisé de harcèlement moral

presque assimilables à des obligations-résultats. En effet, il incombe à l'employeur de préserver la santé et la sécurité des travailleurs. Pour ce faire, il doit prendre « *toutes les dispositions nécessaires en vue de prévenir les agissements de harcèlement moral*¹⁶³. » À défaut, celui-ci peut être condamné pour ne pas avoir répondu à son obligation de prudence ou de sécurité¹⁶⁴. Partant, les textes et la jurisprudence ont fixé les grands fondamentaux pour optimiser la protection des agents publics.

2) L'extension législative par la loi du 20 avril 2016

L'entrée en vigueur de la loi Le Pors en 1983 constitue une avancée majeure concernant la protection des fonctionnaires. L'objectif premier, et au cœur des volontés publiques, est de protéger les agents contre les comportements malveillants des administrés, afin qu'ils puissent exercer leurs missions sereinement. Pour assurer sa pertinence et sa concordance avec les finalités fixées par le législateur, la loi de 1983 a été révisée plusieurs fois. Le droit positif s'est saisi des mutations professionnelles et communautaires afin d'enrichir l'arsenal législatif dans ce domaine, largement nourri par la jurisprudence administrative, tel qu'énoncé au paragraphe précédent. De manière plus concrète, la loi du 20 avril 2016, relative à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires, a participé à l'élargissement de la protection fonctionnelle. La réécriture de la loi Le Pors a ainsi permis une clarification juridique et une extension de son régime. Désormais, les agents publics sont protégés face aux agissements suivants : « *Les atteintes à l'intégrité de la personne, les violences, les agissements constitutifs de harcèlement, les menaces, les injures, les diffamations ou les outrages.* » Au regard de la diversité des formes de violence, la réadaptation de ce texte paraissait nécessaire. Ce nouveau cadre législatif permet aux agents publics de travailler dans un environnement plus sécurisé, se voulant rassurant. Il s'agit d'une avancée favorable, dont l'objectif majeur est de satisfaire les exigences liées au service public, telle que sa continuité. Dans le cas précis du service public hospitalier, l'un des objectifs visés est également d'assurer une prise en charge médicale certaine et permanente au profit des patients.

Dans le cadre de l'étude de la loi de 2016, le second point important à soulever est l'extension de la protection fonctionnelle, s'agissant de leurs bénéficiaires, impactant positivement l'institution hospitalière. D'une part, ce droit a été maintenu en faveur des personnels inscrits à l'article L6152-1 du Code de la santé publique : les médecins, les odontologistes et les pharmaciens de la fonction publique hospitalière. D'autre part, grâce à cette extension textuelle, les agents non titulaires¹⁶⁵ (notamment, les praticiens contractuels) et les travailleurs intérimaires¹⁶⁶ peuvent désormais se prévaloir de ce régime de protection, tout comme les ayants droit de l'agent protégé¹⁶⁷. Cet ajout constitue un véritable progrès dans ce secteur professionnel, confronté aux situations d'incivilités et de violences. Dès lors, les autorités publiques se sont saisies des évolutions de la fonction publique pour ajuster l'arsenal législatif initial. En effet, la fonction publique connaît un mouvement de contractualisation¹⁶⁸, en vertu d'un triple constat : la montée des agents contractuels, le recours à l'intérim et la diminution des fonctionnaires. Avec l'entrée en vigueur de la loi précitée, la doctrine s'est emparée de ces évolutions, aussi bien quantitatives que qualitatives, en considérant qu'il s'agit d'un « *élan de solidarité amplifié*¹⁶⁹ », véritable gage de l'harmonisation de la protection fonctionnelle. Les textes législatifs s'inscrivent ainsi dans la continuité de la jurisprudence administrative, qui, depuis 1963¹⁷⁰, a joué un rôle essentiel pour enrichir le contenu de ce régime juridique.

¹⁶³ C. trav., art. L1152-4

¹⁶⁴ C. pén., art. 121-3

¹⁶⁵ Loi n°96-1093 du 16 décembre 1996 relative à l'emploi dans la fonction publique et à diverses mesures d'ordre statutaire ; CE, *FARRÉ*, 8 juin 2011, n° 312700

¹⁶⁶ C. trav., art. L1251-61

¹⁶⁷ Loi n°2016-483 du 20 avril 2016, art. 20

¹⁶⁸ Projet de loi de transformation de la fonction publique définitivement adopté le 23 juillet 2019, comprenant : « *un élargissement des recours aux contractuels.* » ; Décision n°2019-790 DC, 1^{er} août 2019, Loi de transformation de la fonction publique (conformité)

¹⁶⁹ N. PAUTHE, « *Les récentes évolutions de la protection fonctionnelle du fonctionnaire* », *Revue française d'administration publique* 2018/2 n°166

¹⁷⁰ CE, *Centre hospitalier de BESANÇON*, 26 avril 1963, rec. p. 243 : « *Considérant que, lorsqu'un agent public a été poursuivi (...) la collectivité publique doit (...) le couvrir des condamnations civiles prononcées contre lui.* »

B) Une obligation inhérente à l'employeur public

Afin de garantir la satisfaction de l'intérêt général, il incombe à l'administration d'assurer la protection des agents qu'elle emploie. Or, l'évolution des relations entre les usagers et les agents constitue un frein à l'épanouissement professionnel des travailleurs. Dans ce contexte, un devoir de protection repose sur la personne publique, dès lors que les faits reprochés se sont réalisés à l'occasion de l'exercice des fonctions de l'agent (1.) De son côté, le législateur poursuit sa politique d'accompagnement des agents victimes, en multipliant les acteurs compétents, pour offrir une garantie plus importante (2.)

1) *Les obligations incombant à l'administration*

Les situations de violence, les menaces et les injures rendent impérieuses l'action de l'employeur public pour venir en aide à ses agents. En ce sens, l'administration détient un rôle principal lorsqu'un agent subit une atteinte à son intégrité physique et/ou psychique, pouvant, notamment, compromettre son avenir professionnel. Les sources juridiques ont renforcé la protection des victimes ainsi que les obligations de l'employeur. La protection fonctionnelle comporte en effet trois obligations qui incombent à l'administration : la prévention des agressions, l'assistance juridique et la réparation du préjudice. L'employeur public doit assurer son devoir de protection par tout moyen, comme en témoigne la jurisprudence administrative¹⁷¹. Cette responsabilité hiérarchique implique de faire cesser les troubles et les agissements nuisibles des usagers à l'encontre des agents publics. Il s'agit d'un devoir général, supposant de prendre les mesures adéquates en matière de santé et de sécurité au travail. Plusieurs types de mesures sont applicables pour satisfaire cet impératif, telles que les actions de prévention ainsi que les actions de soutien pour éviter l'aggravation du préjudice ou son renouvellement. L'administration se doit également d'aider psychologiquement l'agent, à travers l'intervention du médecin de prévention pour garantir sa surveillance médicale et son suivi post-professionnel.

Face à certaines situations inédites, principalement traduites dans les rapports de l'ONVS, la protection fonctionnelle dans la fonction publique hospitalière constitue un outil précieux. Il convient d'illustrer ce propos à travers une décision rendue par le Conseil d'État en 2017¹⁷². En l'espèce, un praticien hospitalier avait été victime d'une agression à l'occasion de l'une de ses gardes au service des urgences de l'hôpital où il exerce. Souhaitant bénéficier du régime prévu par les dispositions en vigueur, il avait demandé à son employeur d'obtenir l'indemnisation de ses préjudices, à la suite de cette agression. Saisie de cette affaire, la Haute juridiction administrative a annulé le jugement du Tribunal administratif de Versailles, en considérant que les juges du fond avaient commis une erreur de droit en refusant au praticien victime l'octroi de la protection fonctionnelle. Cette décision a conforté l'arsenal législatif en la matière. D'une part, les juges ont maintenu la place des praticiens hospitaliers en tant que bénéficiaires de la protection fonctionnelle¹⁷³ et, d'autre part, l'agression constitue bien un fait qui entre dans le champ de la loi de 1983 modifiée. En conséquence, le Conseil d'État s'est prononcé en faveur de la communauté hospitalière, dès lors que son exercice professionnel, lié au service public, a été impacté par un événement nuisible en sa défaveur. Ce principe signifie que l'administration a l'obligation d'assurer la réparation des préjudices subis par la victime, qu'ils soient matériels, moraux ou corporels. Les juges ont une position généreuse quant à l'octroi de la protection fonctionnelle et considèrent que, lorsque cette protection est due, l'absence de soutien et d'accompagnement de l'employeur constitue une faute susceptible d'engager sa responsabilité¹⁷⁴.

2) *Une protection complétée par la mobilisation de multiples acteurs*

Juridiquement, la personne publique est la seule responsable pour assurer la protection de ses agents. Néanmoins, la survenance des situations susmentionnées a ouvert la voie à d'autres solutions. À

¹⁷¹ CE, RIMASSON, 18 mars 1994, n°92410 : « Considérant que (...) ce dernier n'est pas dispensé de son devoir de protection par tout moyen approprié et notamment en assistant, le cas échéant, le fonctionnaire dans les procédures judiciaires qu'il entreprendrait pour sa défense. »

¹⁷² CE, 30 juin 2017, n° 396908

¹⁷³ *Ibid*, « La collectivité publique est tenue de protéger les fonctionnaires (...) ; que si cette disposition législative n'a été rendue applicable aux praticiens hospitaliers que par la loi du 20 avril 2016, elle se borne à réaffirmer un principe général du droit »

¹⁷⁴ CE, KALFON, 17 mai 1995, n°141635 : « Le refus de protection, qui ne repose sur aucun motif d'intérêt général, est entaché d'excès de pouvoir ; que l'illégalité ainsi commise est de nature à engager la responsabilité de la puissance publique. »

l'hôpital, ce constat s'est traduit par un renforcement des acteurs locaux, principalement celui des instances. Cette logique s'inscrit dans l'esprit de la loi du 20 avril 2016, augmentant expressément les droits et le soutien psychologique des agents victimes de violence au cours de leur carrière professionnelle. La fonction publique dispose d'une instance majeure pour garantir un environnement de travail protecteur : le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT.) Ce Comité est une référence incontestable en matière de qualité de vie au travail, qui se situe au cœur des démarches pour analyser, prévenir, évaluer et guérir les événements inconfortables et dangereux pour les agents. Les missions du CHSCT consistent à sensibiliser le personnel, par le biais d'actions, en vue de leur apprendre à éviter les conflits et, ainsi, bannir la violence. Le Code du travail a fixé un cadre juridique précis pour offrir une sécurité plus grande, ce qui s'est traduit par la multiplication des missions du CHSCT. En ce sens, un document symbolique, connu sous le nom de rapport annuel, permet d'examiner la situation générale de l'établissement concernant les conditions de travail, la santé et la sécurité. L'étude de ce document permet de fixer un ordre de priorités selon les problématiques rencontrées et de mettre en œuvre des mesures supplémentaires en fonction des besoins exprimés¹⁷⁵. En outre, ce rapport fait montre des difficultés ressenties par les agents dans la mesure où celui-ci recense le nombre d'arrêts maladie, les mutations, les changements de service ainsi que les démissions pour un motif lié à un épuisement professionnel ou des mauvaises conditions de travail. L'analyse de ce rapport contribue à des progrès notables pour pallier les failles de l'administration dans les domaines liés à la prévention et la protection.

Par ailleurs, la fonction publique est composée d'acteurs opérationnels (assistantes sociales, instances, médecins, responsable des ressources humaines, psychologues), en vue d'offrir à l'agent victime un soutien psychologique à la suite de violences subies, physiques et/ou mentales. L'enjeu est de réaffirmer la sécurité des agents sur leur lieu de travail. Les missions de ces acteurs se déclinent en trois obligations principales : la prévention, l'assistance et la réparation. Même si la logique préventive est dominante, la souffrance au travail a conduit à une mobilisation conséquente en termes d'accompagnement et de surveillance médicale. En effet, certaines dispositions du Code de travail sont applicables au sein de la fonction publique hospitalière pour apporter une aide a posteriori, tel que le service de santé au travail¹⁷⁶. Ce service comprend un médecin de prévention ainsi qu'une équipe pluridisciplinaire, composée d'intervenants en prévention des risques professionnels et d'assistants de service de santé au travail. La mixité de cette équipe permet de concourir, de manière effective, à des actions en faveur de la santé au travail des agents. En effet, l'articulation de compétences médicales, techniques, organisationnelles et administratives contribuent largement à la promotion des conditions de travail. Dès lors, la multiplication des acteurs dans ce domaine poursuit la volonté des décideurs publics, à savoir, l'éradication de toute forme de violence au sein de la fonction publique. Toutefois, bien que la protection de la santé au travail soit devenue un enjeu de société, celle-ci demeure limitée à certains niveaux.

Paragraphe 2 : l'apologie et les limites de la protection de la santé au travail

L'octroi de la protection fonctionnelle a été progressivement élargi, sous l'impulsion du législateur et de juge administratif. Ces derniers ont construit un régime favorable aux agents publics, pour des raisons déterminées, afin qu'ils soient couverts des préjudices subis (A.) Cependant, malgré l'extension du périmètre de ce régime, la protection fonctionnelle semble limitée et imparfaite (B.)

A) Les justifications de la protection fonctionnelle

L'octroi de la protection fonctionnelle se justifie par la nature des missions confiées, constituant la contrepartie de l'exercice des fonctions, ainsi que pour satisfaire l'intérêt général (1.) Les juges administratifs confortent cette analyse, en faisant droit, dans leurs décisions, aux demandes des agents publics (2.)

¹⁷⁵ C. trav., art. L4612-16

¹⁷⁶ C. trav., art. L4622-2

1) Les raisons d'être de la protection fonctionnelle dominées par l'intérêt général

La protection fonctionnelle a une valeur symbolique dans la fonction publique. Effectivement, le fondement de ce régime repose sur la notion d'intérêt général, qualifiée de « *pierre angulaire de l'action publique*¹⁷⁷. » L'intérêt général constitue la finalité de l'action administrative, en vue de parfaire le service public. Les pouvoirs exécutif et législatif se sont prononcés en ce sens, en renforçant les actions publiques dans le domaine de la protection fonctionnelle. La circulaire du 5 mai 2008¹⁷⁸ traduit en effet cet esprit protecteur et moderne de l'administration en précisant : « *Cette protection est justifiée par la nature spécifique des missions confiées aux agents publics qui les exposent parfois, dans l'exercice de leurs fonctions, à des relations conflictuelles avec les usagers du service public et qui leur confèrent des prérogatives pouvant déboucher sur la mise en cause de leur responsabilité personnelle, civile ou pénale. »* La poursuite de cet objectif de prévention et de soutien envers les agents publics est désormais ancrée dans l'arsenal législatif, complétée par l'appréciation du juge administratif. À terme, il s'agit de préserver l'image du service public et l'attractivité de la fonction publique. Le service public hospitalier, étant porteur de fortes exigences de la part des usagers, nécessite de développer cette culture de la protection pour conserver ses valeurs fondatrices : l'universalité, la solidarité et l'égalité. En effet, l'emblème de l'hôpital repose sur la bienveillance, en raison de ses composantes, tels que l'accueil adapté aux patients, la permanence des soins, la représentation des usagers, la qualité ainsi que la sécurité. Dès lors, la protection fonctionnelle se justifie principalement par la volonté de ne pas entraver les éléments inhérents du service public.

La consécration du caractère d'intérêt général implique que tout agissement de nature à discréditer l'administration doit être sanctionné et les préjudices, subis par l'agent victime, réparés. Le motif d'intérêt général est au cœur de l'interprétation du juge administratif. Dans sa jurisprudence, ce dernier considère que le refus de la protection fonctionnelle n'est pas illégal dès lors que la justification repose, à juste titre, sur un motif lié à l'intérêt général¹⁷⁹. Précisément, le Conseil d'État a confirmé sa position, en indiquant que le refus de la protection fonctionnelle est régulier, dès lors qu'une décision inverse aurait pour conséquence de créer « *un climat gravement et durablement conflictuel au sein du service (...) et qui était susceptible d'avoir une incidence sur la qualité des soins assurés dans l'établissement* ¹⁸⁰. » Dans cette affaire, le directeur d'un établissement public de santé avait refusé d'accorder la protection fonctionnelle à un praticien hospitalier. Bien que cette décision ait été contestée par le requérant, le juge n'a pas fait droit à sa demande dans la mesure où ce refus reposait sur un motif d'intérêt général, afin de préserver la qualité du service. En outre, il est opportun de souligner que, même si le critère organique de la protection fonctionnelle joue un rôle incontestable, celui-ci se trouve limité. En effet, la Haute juridiction administrative est attentive à cette condition, n'hésitant pas à refuser d'accorder la protection fonctionnelle aux individus qui n'ont pas de lien étroit avec l'administration, puisque cette protection « *découle des liens particuliers qui unissent une collectivité publique à ses agents*¹⁸¹. » Cette position perdure en l'état actuel de la jurisprudence¹⁸² et s'affine au fil des contentieux. Comme en témoigne le raisonnement du juge, la volonté des pouvoirs publics est de garantir la cohésion entre les équipes, en donnant du sens à leurs missions. Par conséquent, l'institution est responsable du respect de ces exigences, afin d'empêcher tout obstacle à la bonne marche du service public, d'où la primauté de l'intérêt général.

2) Les illustrations jurisprudentielles

Dans le cadre de cette étude, il est opportun de souligner que le juge administratif se montre favorable aux demandes de protection fonctionnelle. Pour illustrer ce propos, il convient d'examiner

¹⁷⁷ CE, Rapport public, 1999

¹⁷⁸ Circulaire B8 n°2158 du 5 mai 2008 relative à la protection fonctionnelle des agents publics de l'État

¹⁷⁹ CE, *TEIGTEN*, 14 fév. 1975, n°87730 : « *Les dispositions législatives établissent à la charge de la collectivité publique intéressée et au profit des fonctionnaires lorsqu'ils ont été victimes d'attaques relatives au comportement qu'ils ont eu dans l'exercice de leurs fonctions, une obligation de protection (...) il ne peut y être dérogé sous le contrôle du juge, que pour des motifs d'intérêt général. »*

¹⁸⁰ CE, *Mme MIRMIRAN*, 26 juillet 2011, n° 336114

¹⁸¹ CE, *Hôpitaux civils de COLMAR*, 20 mai 2016, n°387571

¹⁸² CE, 26 sept. 2011, n° 329228 : « *Considérant que les faits à l'origine des demandes de protection présentées par M. A se rattachent aux activités qu'il a exercées dans une société anonyme ou dans une association ; que ces faits ne se rattachent pas à des fonctions exercées dans une collectivité publique et n'ouvrent en conséquence pas droit au bénéfice de la protection prévue par les dispositions de l'article 11 de la loi du 13 juillet 1983. »*

certaines arrêts rendus par les juridictions, notamment, pour s'apercevoir que l'octroi de cette protection est envisageable dans différentes hypothèses. En 2016, le Conseil d'État a fait droit à la demande d'une infirmière, victime d'un vol de ses affaires personnelles sur son lieu de travail¹⁸³. La Haute juridiction administrative a accueilli la demande de l'agent, en retenant la faute du centre hospitalier sur le fondement de la loi de 1983, afin que la protection fonctionnelle lui soit accordée. Les juges ont en effet considéré : « *Les vestiaires collectifs doivent être pourvus d'un nombre suffisant d'armoires individuelles ininflammables, munies d'une serrure ou d'un cadenas ; qu'il incombe à l'établissement employeur, qui est tenu à une obligation de moyens pour protéger les objets que les personnels déposent dans les vestiaires collectifs, d'établir qu'ont été installées dans ces vestiaires des armoires conformes aux exigences de l'article R4228-6 du Code du travail.* » Ainsi, la protection fonctionnelle a un champ d'application large, impliquant des obligations de prévention, d'assistance et de réparation des préjudices. Le juge se montre vigilant, afin d'assurer la protection des fonctionnaires victimes.

Comme en témoignent les appréciations des juridictions dans leurs décisions, la liste fixée par le législateur n'est pas exhaustive. Partant, d'autres situations sont envisageables pour bénéficier du régime de protection. Par exemple, en 2010, le juge a accueilli la demande de protection fonctionnelle d'un agent alors que celui-ci était en congé maladie¹⁸⁴. Plus récemment, en 2017, les juridictions administratives ont accordé cette protection à des agents qui participaient, lors des faits, à un « *mouvement de cessation collective et concertée du travail*¹⁸⁵. » Dans cette affaire, le juge rappelle toutefois que, conformément à l'article 11 de la loi du 13 juillet 1983, il revient au requérant « *d'établir que les faits dont il a été victime sont en lien avec l'exercice de ses fonctions*¹⁸⁶. » Cette condition est en effet essentielle pour que la protection fonctionnelle soit accordée. Au regard de ces arrêts, le cadre de la protection ne cesse de s'enrichir, en intégrant de nouvelles hypothèses (détérioration ou vol d'un bien personnel, incivilités à caractère vexatoire, volonté de ridiculiser l'agent, reproches injustifiés, remarques blessantes.) La loi, n'ayant pas précisé toutes les possibilités qui ouvrent le droit à la protection fonctionnelle, laisse une libre interprétation des textes au juge, au cas par cas, lors des affaires pour lesquelles il est saisi.

B) Les limites de la protection fonctionnelle

Malgré les évolutions de la protection fonctionnelle, celle-ci demeure limitée à deux niveaux. En effet, l'article 11 de la loi de 1983 exclue de son champ de protection les risques psycho-sociaux (1.) Il en va de même lorsque l'agent commet un geste d'une gravité absolue, à savoir, une tentative de suicide (2.)

1) *Les risques psycho-sociaux, un motif exclu du domaine de la protection fonctionnelle*

Le renforcement de la protection fonctionnelle par la loi du 20 avril 2016 n'est pas sans limite. Effectivement, celle-ci n'a pas consacré la protection des agents contre les risques psycho-sociaux. Pourtant, ces derniers sont le fruit d'une importante mobilisation pour lutter contre ce phénomène¹⁸⁷, notamment dans les grandes administrations, confrontées à ce phénomène destructeur. Les actions publiques progressent pour améliorer le fonctionnement des services publics mais elles sont également sources de difficultés. En effet, bien qu'elles apportent une dynamique professionnelle, les réformes gouvernementales perturbent le fonctionnement des services publics et engendrent, à termes, certains risques pour les travailleurs. Or, le législateur n'a pas intégré cette logique dans les textes en vigueur. Ceci a d'ailleurs été contesté par la doctrine, considérant que : « *Les situations de souffrance liées aux conditions de travail ne pourront permettre de déclencher le droit à la protection ce qui est tout à fait regrettable en raison des conséquences que peuvent emporter les risques psycho-sociaux sur la santé mentale d'un agent, ou pire, sur son intégrité physique lorsque cette souffrance se traduit par un acte suicidaire*¹⁸⁸. » Ces

¹⁸³ CE, *Hôpitaux civils de COLMAR*, 20 mai 2016, n° 387571

¹⁸⁴ CE, 12 mars 2010, n° 308974 : « *Considérant, qu'en jugeant que la circonstance que Mme A. se trouvait en congé maladie lors de la présentation de sa demande tendant à l'obtention de la protection fonctionnelle n'excluait pas qu'il fût fait droit à cette demande, dès lors que des démarches adaptées à la nature et à l'importance des agissements contre lesquels cette protection était sollicitée pouvaient encore être mise en œuvre par la Commune de HOENHEIM.* »

¹⁸⁵ CE, *Commune de SÈTE*, 22 mai 2017, n° 396453

¹⁸⁶ *Ibid* : « *Il appartient à l'agent d'établir que les faits dont il a été victime sont en lien avec l'exercice de ses fonctions, au sens de ces mêmes dispositions.* »

¹⁸⁷ Circulaire du 20 mai 2014 relative à la mise en œuvre de l'accord cadre relatif à la prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique

¹⁸⁸ J. BOUSQUET, « *Le périmètre de la protection fonctionnelle des agents publics* », *Droit administratif* n°11, novembre 2018

situations affectent néanmoins les conditions de travail des agents et troublent les facteurs organisationnels et relationnels. En d'autres termes, les modifications du fonctionnement des services publics comportent, en elles-mêmes, des risques sur la santé, aussi bien mentale¹⁸⁹ que physique. Le secteur hospitalier est l'une des premières cibles, confronté à des situations de stress, d'anxiété et d'hyperactivité professionnelle.

L'exclusion du champ de la protection fonctionnelle des préjudices liés aux risques psychosociaux a cependant fait l'objet de mesures subsidiaires. Face à l'apparition de ce nouveau risque, de nature professionnelle, des plans d'actions ont été menés afin de combler les insuffisances dans ce domaine. Singulièrement, la fonction publique hospitalière dispose d'une instruction¹⁹⁰, dont l'objectif est de compenser certaines carences pour favoriser l'environnement de travail des agents. En ce sens, il incombe une obligation de résultat au chef de l'établissement concerné s'agissant des risques professionnels. En d'autres termes, il lui revient de prendre les mesures adéquates afin que la sécurité des agents soit assurée (actions de prévention, d'information et de formation.) Ces obligations, inscrites dans le Code du travail¹⁹¹, prévoient que l'employeur est tenu d'évaluer les risques et d'en tirer les conséquences pour, ensuite, intégrer dans les différents services les solutions jugées pertinentes. En parallèle, le CHSCT joue un rôle indéniable dans ce domaine, à travers le programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail, complété par le document unique d'évaluation des risques professionnels¹⁹². L'objectif est de remédier à ces insuffisances politiques. L'absence de protection légale contre les risques psycho-sociaux dans le champ de compétences de la loi de 1983 modifiée suscite des interrogations, au regard de sa place grandissante au sein de la fonction publique.

2) *L'évolution progressive de la jurisprudence concernant les gestes suicidaires*

L'augmentation des risques psycho-sociaux dans la communauté hospitalière a fait l'objet d'analyses, retranscrites dans le guide de prévention et de traitement des situations de violences et de harcèlement dans la fonction publique, paru en 2017. Ce document affirme le constat suivant : « *Les agents de la fonction publique vivent des situations de tension dans leurs rapports avec le public ; près de 5% déclarent avoir été victimes, au cours des douze derniers mois, d'une agression physique ou sexuelle de la part du public* » et, ajoute : « *Les familles les plus exposées sont celles des soins*¹⁹³. » Ces situations révèlent une tendance inquiétante, dans la mesure où elles peuvent aboutir à des gestes suicidaires. Cette « série noire » traduit la pénibilité de certaines professions, entraînant une perte de sens professionnelle. Dès lors, les pouvoirs publics se sont saisis de cette problématique afin d'agir efficacement. En 2013, a été créé l'Observatoire national du suicide¹⁹⁴, rattaché au Ministère chargé de la santé. Les groupes de travail rattachés à cet Observatoire ont pour mission d'améliorer les connaissances sur le suicide, tout en conduisant des actions en matière de prévention. La dernière étude¹⁹⁵ réalisée indique que la France est l'un des pays européens dans lequel le taux de suicide est le plus élevé : 8 885 décès par suicide en 2014 ont été enregistrés, soit, environ, 24 décès par jour. Le suicide fait l'objet d'études approfondies afin d'en examiner les causes, par le biais d'une analyse pluridisciplinaire. De son côté, l'Institut national de recherche et de sécurité¹⁹⁶ s'est intéressé à ce phénomène, dans la mesure où il s'agit d'un enjeu de santé publique, pour lequel il est essentiel d'apporter de solides réponses. Sur le fondement d'études épidémiologiques, cet organisme a apporté les conclusions suivantes : « *Il existe un lien entre des contraintes de travail génératrices de stress chronique et l'apparition d'une dépression. Parmi les contraintes de travail étudiées, on retrouve notamment les situations de harcèlement moral/sexuel ou de violences internes ou externes, sans toujours être précédées d'une période de stress chronique*¹⁹⁷. » Dès lors, les conditions de travail rudes

¹⁸⁹ OMS, Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 : « *La santé mentale se définit comme un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, faire face au stress normal de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté.* »

¹⁹⁰ Instruction n° DGOS/RH3/DGCS/4B/2014/321 du 20 novembre 2014 relative à la mise en œuvre dans la fonction publique hospitalière de l'accord-cadre du 22 octobre 2013 relatif à la prévention des risques psycho-sociaux dans les trois fonctions publiques

¹⁹¹ C. trav., art. L4121-1 à L4121-3

¹⁹² C. trav., art. R4121-1 : « *L'employeur transcrit et met à jour un document unique les résultats de l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs à laquelle il procède. Cette évaluation comporte un inventaire des risques identifiés dans chaque unité de travail de l'établissement.* »

¹⁹³ Enquête « *Conditions de travail – édition 2013* », DARES

¹⁹⁴ Décret n°2013-809 du 9 septembre 2013 portant création de l'Observatoire national du suicide

¹⁹⁵ 2^{ème} rapport, Observatoire national du suicide, « *Connaître pour prévenir* » fév. 2016

¹⁹⁶ Organisme de référence dans les domaines de la santé au travail et de la prévention des risques professionnels, créé par la Sécurité sociale en 1947

¹⁹⁷ INRS, « *Suicide au travail* », janv. 2017

et exigeantes revêtent une attention particulière, afin qu'elles soient traitées convenablement. Face à ce constat, il est opportun d'étudier l'appréciation du juge lorsqu'il est saisi sur ce fondement.

Bien que les arrêts rendus par la Haute juridiction administrative aient évolué, en glissant progressivement vers une protection plus importante, la position du juge reste ferme concernant les gestes suicidaires. En effet, ce dernier considère qu'une tentative de suicide d'un agent de la fonction publique « ne constitue pas une menace ou une attaque au sens des dispositions de l'article 11 de la loi du 13 juillet 1983¹⁹⁸. » Dès lors, les gestes suicidaires n'entrent pas dans le champ de la protection fonctionnelle. Le juge administratif a progressivement affiné ses critères, sans toutefois l'intégrer au sein de la loi Le Pors. Dans son arrêt rendu le 16 juillet 2014, le Conseil d'État indique expressément : « *Considérant qu'un accident survenu sur le lieu et dans le temps du service, dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice par un fonctionnaire de ses fonctions ou d'une activité qui en constitue le prolongement normal présente, (...) le caractère d'un accident de service ; qu'il en va ainsi lorsqu'un suicide ou une tentative de suicide intervient sur le lieu et dans le temps du service ; (...) qu'il en va également ainsi si le suicide ou la tentative de suicide présente un lien direct avec le service*¹⁹⁹. » Ainsi, lorsque la condition relative au lien direct entre le suicide (ou le geste suicidaire) et les circonstances tenant au service est remplie, l'administration peut être reconnue comme étant responsable de cet acte par le juge. Toutefois, la tentative de suicide est encore exclue du périmètre de la protection fonctionnelle, comme en témoigne l'arrêt précité. En l'état actuel de la jurisprudence, aucune décision ne rattache les gestes suicidaires à l'article 11 de la loi de 1983. La doctrine reste cependant optimiste quant à la position du juge en la matière, considérant : « *Une évolution de l'appréhension du geste suicidaire par le Conseil d'État est donc à l'œuvre : il semble à présent être perçu comme une souffrance constituant la réalisation d'un risque que l'employeur se doit de prendre à sa charge, et, donc, une attaque subie par l'agent public*²⁰⁰. » Face aux difficultés liées aux missions professionnelles, parfois poussées à l'extrême, il apparaît opportun de réviser les textes en vigueur afin de fixer un cadre plus préventif et, ainsi, davantage protecteur.

Section 2 : Un encadrement législatif amplifié en faveur de la communauté hospitalière dans les unités sensibles

L'objet de cette section est consacré à l'analyse des outils mis à la disposition des agents hospitaliers dans les secteurs sensibles. En effet, ces derniers suscitent une certaine angoisse en raison de la pathologie et/ou de l'agressivité des patients qui y résident. Les deux secteurs en question sont la psychiatrie et le milieu pénitentiaire. Au sein de ces services, le personnel hospitalier se trouve confronté à des situations compliquées à gérer face à l'agitation, à l'exigence et à l'intolérance des individus. Dès lors, il est essentiel d'assurer et d'améliorer la sécurité des agents qui exercent leurs missions dans ces unités.

Paragraphe 1 : les conditions de travail des agents hospitaliers dans le secteur psychiatrique

Dans le secteur psychiatrique, la construction d'une relation médicale stable et paisible est difficilement réalisable²⁰¹. Le passage à un acte agressif, voire violent, de la part des patients à l'encontre du personnel, trouble en effet leurs rapports (A.) Ainsi, il est nécessaire que des politiques de prévention et de gestion des conflits soient mises en œuvre, pour parvenir à un climat plus favorable (B.)

A) L'analyse de la relation médicale à l'hôpital psychiatrique

La violence constatée à l'hôpital psychiatrique nécessite d'être approfondie, pour mettre en évidence les situations auxquelles sont confrontés les médecins et les soignants dans ce secteur (1.) Du côté des patients, ces derniers ont vu leurs droits et leurs libertés s'accroître au fil des réformes, l'objectif étant que toute mesure adoptée soit légitime et la moins coercitive possible (B.)

¹⁹⁸ CE, 21 octobre 2013, n°364098

¹⁹⁹ CE, 16 juillet 2014, n°361820

²⁰⁰ J. BOUSQUET, « *Le périmètre de la protection fonctionnelle des agents publics* », *Droit administratif* n°11, novembre 2018

²⁰¹ Rapport ONVS, 2018 : « *Dans ce secteur, les équipes soignantes sont confrontées à de très fréquents moments de violence.* »

1) Un secteur confronté à la violence

Afin de clarifier la situation française quant à l'hospitalisation en psychiatrie, des informations pertinentes ont été apportées par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation²⁰². En 2017, 420 000 patients ont été hospitalisés en psychiatrie, sachant que le territoire français compte 551 structures psychiatriques. Les données délivrées indiquent les différentes pathologies des patients, permettant une meilleure analyse de la situation : les troubles de l'humeur (135 000), la schizophrénie et les troubles délirants (96 000), les troubles névrotiques (61 000), les troubles dus à l'usage de substances psychoactives (46 000) ou encore les troubles du développement psychologique (21 000.) L'hôpital psychiatrique est perçu comme un milieu extrême, dans lequel les risques, lors de la prise en charge médicale, sont fréquents²⁰³. Ces épisodes de violence sont le fruit d'une conjonction de multiples facteurs, tels que l'aggravation de l'état de santé du patient, le contexte de l'hospitalisation (environnement, organisation du service, relations avec les autres patients) ainsi que les rapports avec les professionnels de santé. Au sein des établissements spécialisés en psychiatrie, la moindre contrariété du patient peut engendrer une frustration, pouvant aboutir à un acte violent de sa part, notamment en raison des motifs suivants : *« pathologie du patient, climat qui existe dans le service, relations avec le personnel ou entre patients, des refus divers qui engendrent des contrariétés²⁰⁴. »*

Les pathologies des patients entravent la construction de la relation médicale. En ce sens, il existe une différence relationnelle entre le personnel et les patients d'établissements psychiatriques et les patients des établissements sanitaires classiques. En effet, les intolérances des patients atteints d'une maladie mentale sont parfois davantage prononcées (volonté d'une attention particulière du soignant envers la personne malade, répondre à ses demandes spécifiques.) Dès lors, le médecin doit identifier les maux ainsi que les signaux d'alerte de son patient afin de soulager sa souffrance et satisfaire ses exigences. Le renforcement du rôle du professionnel de santé implique de développer des compétences complémentaires (accompagnement, présence quotidienne) à l'égard de son patient, afin d'adapter ses méthodes de travail au regard de la pathologie de ce dernier. Néanmoins, ces valeurs professionnelles ne sont pas toujours suffisantes, dans la mesure où la nature du secteur psychiatrique demande de gérer des situations complexes. Dans certains cas extrêmes, le personnel hospitalier a recours à certaines pratiques pour calmer les crises des patients : ces derniers peuvent en effet se voir infliger des mesures de contraintes, tels que l'isolement²⁰⁵ et la contention²⁰⁶ (physique ou mécanique.) Toutefois, le Code de la santé publique encadre l'utilisation de ces méthodes spécifiques, en précisant qu'il s'agit de pratiques de *« dernier recours »*, et, uniquement *« sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée²⁰⁷. »* En effet, la finalité est de préserver les libertés individuelles des patients, ce qui exige d'ajuster les prises en charge médicales selon les circonstances de fait et de droit.

2) Liberté et sécurité, une difficile articulation dans le secteur psychiatrique

Les mesures coercitives infligées aux patients sont utilisées pour canaliser leurs gestes violents et, ainsi, prévenir d'un éventuel dommage pour eux-mêmes et pour autrui. Ces mesures font cependant l'objet d'une surveillance accrue par les autorités nationales et européennes. En effet, l'évolution de la législation concernant la psychiatrie met en évidence le respect des libertés individuelles, en vue d'assurer la légitimité des décisions qui en découlent, dans la mesure où l'utilisation de ces méthodes suscite des interrogations éthiques et légales. L'objectif est d'harmoniser les pratiques afin de les améliorer et de préserver les droits et les libertés des personnes concernées. En 2010, un rapport a été remis au gouvernement français par le

²⁰² Il s'agit d'un établissement public, sous la tutelle du Ministère de la Santé, créé par le décret n°2002-1284 du 22 octobre 2002 relatif à l'organisation et au fonctionnement de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

²⁰³ Rapport ONVS, 2018 : *« La psychiatrie recense à elle seule 21,5% de l'ensemble des atteintes aux personnes signalées. Parmi ces atteintes, 51% sont des violences verbales et 49% des violences physiques. »*

²⁰⁴ Rapport ONVS, 2018

²⁰⁵ Définition HAS, fév. 2017 : *« Placement du patient à visée de protection, lors d'une phase critique de sa prise en charge thérapeutique, dans un espace dont il ne peut sortir librement et qui est séparé des autres patients. Tout isolement ne peut se faire que dans un lieu dédié et adapté. »*

²⁰⁶ Définition HAS, fév. 2017 : *« La contention physique est le maintien ou l'immobilisation du patient en ayant recours à la force physique. La contention mécanique est l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements empêchant ou limitant les capacités de mobilisation volontaire de tout ou partie du corps dans un but de sécurité pour un patient dont le comportement présente un risque grave pour son intégrité ou celle d'autrui. »*

²⁰⁷ CSP, art. L3222-5-1

Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants²⁰⁸ (CPT.) Ce dernier, après avoir effectué une visite pour évaluer l'état des lieux des établissements psychiatriques français, a rédigé une note de recadrage²⁰⁹. Ce Comité s'est prononcé en faveur des droits des patients, en limitant, dans la mesure du possible, toute mesure restrictive de liberté. De surcroît, ce document rappelle la situation juridique des patients sur un point particulier, mais fondamental : « *Le CPT invite les autorités françaises à veiller à ce que les patients bénéficient toujours d'une information appropriée sur le déroulement de l'hospitalisation et les voies de recours, et ce dès l'admission ou dès que leur état leur permet. Dans ce contexte, il convient d'une part d'améliorer la lisibilité des informations, leurs droits et les voies de recours disponibles et d'autre part de veiller à ce que les patients puissent bénéficier d'explications de la part de personnes chargées de les assister (personnes de confiance, représentants d'organismes de défense.)* » Étant un sujet sensible, la règle relative aux restrictions des libertés demeure essentielle. Elle est en effet érigée au premier plan, tant à l'échelle nationale qu'europpéenne.

Afin d'apporter un cadre national protecteur, en 2017, la Haute Autorité de Santé a publié un guide de bonne pratique relatif à l'isolement et à la contention en psychiatrie. Dans la continuité du rapport du CPT, les auteurs de ce guide ont appuyé leurs propos sur l'importance d'encadrer rigoureusement les méthodes médicales liées à la psychiatrie, devant être pratiquées dans des conditions extrêmement précises²¹⁰. De leur côté, les juridictions se sont également prononcées sur les pratiques professionnelles dans le secteur psychiatrique. Sur ce point, les juges de l'ordre administratif et de l'ordre judiciaire indiquent que le corps médical est tenu à des obligations renforcées à l'égard des patients. Le raisonnement des juges en la matière est fondé sur la nécessité de garantir la sécurité des patients, sans remettre en cause leurs libertés, dont l'essentielle liberté d'aller et de venir. Une attention particulière repose ainsi sur ces structures, sous le contrôle circonspect du juge. Un arrêt rendu par la Cour administrative d'appel de Lyon en 2009 conforte cette analyse²¹¹. En l'espèce, le maire d'une commune avait ordonné l'internement d'office d'un individu, sur le fondement de l'article L3213-2 du Code de la santé publique. Souhaitant obtenir l'annulation de cette décision, le requérant avait saisi le juge administratif. Ce dernier s'est prononcé en sa faveur, au regard du respect de ses libertés individuelles, en considérant : « *L'arrêté du 17 juin 2004 a été pris sans que M. G. ait été mis à même de présenter ses observations, alors qu'il n'est pas allégué que son état de santé aurait rendu cette formalité impossible et qu'il ressort des pièces du dossier qu'il n'y avait pas en l'espèce ni urgence, ni circonstances exceptionnelles ; que celui-ci est, dès lors, fondé à en demander l'annulation.* » Dès lors, au sein du secteur psychiatrique, une réflexion bénéfices-risques doit toujours être envisagée en fonction de l'état de santé et de conscience des individus concernés.

B) Gestion de la violence et protection des agents

Afin que le personnel puisse accomplir ses missions dans la sérénité, les autorités œuvrent sur la thématique de la sécurité dans le secteur psychiatrique (1.) Pour ce faire, les agents bénéficient d'un droit de retrait, considéré comme une garantie supplémentaire face aux situations de danger (2.)

1) *Le rôle majeur des acteurs internes et externes dans le secteur psychiatrique*

Bien que la reconnaissance des libertés des patients à l'hôpital psychiatrique fasse l'objet d'une protection par les pouvoirs publics, cette consécration n'a pas entraîné une diminution drastique de la violence. Dès lors, l'engagement des acteurs internes et externes apparaît nécessaire dans ce domaine. En ce sens, ces derniers sont entrés dans une véritable dynamique, en proposant des solutions pour combler les insuffisances législatives et, ainsi, garantir la sécurité du personnel. L'évolution des pratiques suppose en effet de repenser l'organisation du travail dans le secteur psychiatrique afin d'aboutir à un travail plus

²⁰⁸ Organe du Conseil de l'Europe (1987)

²⁰⁹ « *Rapport au Gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants du 28 novembre au 10 décembre 2010* »

²¹⁰ CSP, art. L3222-5-1 : « *L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin.* »

²¹¹ CAA Lyon, 9 juillet 2009, n°07LY02624

collectif et rassurant. Des mécanismes de régulation existent et font désormais leur preuve au sein de ces établissements spécialisés. Parmi ces outils, il est opportun de souligner l'importance du soutien professionnel dans ce milieu, dans la mesure où l'accomplissement de missions de manière individuelle entraîne la destruction des solidarités entre les équipes médicales et soignantes. Ce constat est conforté par la littérature²¹², selon laquelle : « *Les soignants perçoivent mal l'individualisation du travail alors que la nature de l'activité nécessite une forte solidarité face à la violence des patients et aux contraintes organisationnelles. L'encadrement peut jouer un rôle essentiel dans la régulation de la violence en développant un style de management participatif (...) il existe un lien positif entre management participatif et atténuation des phénomènes de stress et dépression.* » Partant, le management se voit investi de nouvelles missions pour bâtir des formes de soutiens, qu'elles soient verticales (pouvoir hiérarchique) ou horizontales (entre les équipes médicales.) Cette première méthode constitue une réponse positive et porteuse de solidarités.

En parallèle, la Haute Autorité de Santé est de plus en plus interventionniste en la matière, à travers la réalisation de recommandations de bonne pratique. Celle-ci insiste sur la qualité de la prise en charge, sur les moyens disponibles ainsi que sur la pertinence des méthodes utilisées par le personnel. Son implication dans ce domaine repose sur une double volonté : respecter la dignité du patient et assurer la sécurité des médecins et des soignants. L'objectif est de concilier ces deux aspects pour réduire, voire anticiper, les situations de violences. L'implication de la HAS repose sur une approche pragmatique et réaliste. En effet, ses recommandations visent différentes thématiques afin que les soins soient délivrés dans les meilleures conditions possibles. À titre d'illustration, la HAS délivre de précieux conseils, visant la sécurité des deux protagonistes : « *La mise en place d'une mesure d'isolement ou de contention mécanique doit être effectuée dans des conditions de sécurité suffisantes pour le patient et l'équipe de soins. Un nombre suffisant de soignants doit être présent pour assurer de façon sûre et efficace la gestion de la situation de crise. Dans les situations de grande tension, l'équipe doit pouvoir identifier le moment où le patient est encore accessible et disponible pour l'échange et le moment où il ne l'est plus. C'est le moment où l'équipe doit agir tout en maintenant une communication verbale. Une partie de l'équipe se consacre à la situation de crise, une autre partie prend en charge et rassure les autres patients. Un professionnel doit prendre le leadership et coordonner la gestion des interventions.* » Le contexte spécifique de l'hôpital psychiatrique implique que les acteurs internes soient réactifs pour réduire la brutalité de certaines prises en charge, notamment en multipliant le nombre de professionnels. Cependant, le recours à ces méthodes n'est pas toujours suffisant, ni satisfaisant.

2) *L'exercice du droit de retrait, une garantie supplémentaire pour les agents*

Le droit de retrait constitue un gage de sécurité pour les travailleurs, qu'ils soient issus du secteur public ou du secteur privé. Ce droit a été instauré par la loi du 23 décembre 1982, avant d'être inséré dans le Code du travail²¹³. Le travailleur peut user de ce droit dès lors qu'il a un « *motif raisonnable* » de penser que sa situation de travail « *présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé.* » Les conditions fixées par le législateur sont appréciées *in concreto*, à savoir, selon les circonstances de faits qui ont conduit le travailleur à quitter son poste. La justification de l'extension de ce droit aux agents de la fonction publique repose sur le fait que les missions de service public impliquent un contact direct avec les usagers. Le contexte actuel, étant caractérisé par l'instabilité des relations entre les agents et les usagers, provoque des rapports qui sont souvent sources de difficultés, voire de conflits. En ce qui concerne le secteur psychiatrique, ce droit reconnu aux agents semble tout à fait légitime, en raison des situations de danger et des actes de violence qui peuvent se produire à l'encontre des agents. Cependant, la jurisprudence, même si elle est peu abondante dans ce domaine, se prononce rarement en faveur du droit de retrait exercé par les professionnels de santé, notamment pour garantir la continuité du service public hospitalier²¹⁴.

²¹² C. CINTAS, « *Violence des échanges en milieu extrême : que peut faire le management ?* », *Humanisme et entreprise*, 2010

²¹³ C. trav., art. L4131-1 : « *Le travailleur alerte immédiatement l'employeur de toute situation de travail dont il a un motif raisonnable de penser qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé ainsi que de toute défectuosité qu'il constate dans les systèmes de protection.* »

²¹⁴ TA Versailles, 2 juillet 1994 : « *La présence, dans un établissement hospitalier, de malades porteurs des virus HIV et hépatite B ne constitue pas un danger grave et imminent caractérisé.* »

L'exercice du droit de retrait doit suivre une procédure précise pour que son utilisation soit régulière. Le décret du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique indique que l'agent doit déclencher une procédure d'alerte, en informant de la présence du danger grave et imminent à son supérieur hiérarchique. Après avoir délivré cette information, une enquête doit être réalisée par le CHSCT afin de prendre les mesures nécessaires pour y remédier. Concrètement, l'exercice de ce droit permet à l'agent concerné par le danger de pouvoir quitter, légitimement et dans l'immédiat, son lieu de travail. Dès lors, il s'agit d'un moyen de protection remarquable pour les secteurs sensibles, confrontés à la violence de certains usagers. Néanmoins, ce droit n'est pas automatiquement acquis. En effet, un arrêt rendu par la Cour administrative d'appel de Bordeaux en 2015 illustre certaines limitations au sein des hôpitaux spécialisés en psychiatrie²¹⁵. Dans cette affaire, un praticien hospitalier se plaignait de souffrances psychologiques, directement dues à ses conditions de travail. Le requérant considérait effectivement que ce motif justifiait l'usage de son droit de retrait. En revanche, le juge administratif n'a pas fait droit à sa demande, en estimant que les souffrances du requérant « *n'étaient pas de nature à caractériser un motif raisonnable de penser que sa situation de travail présentait un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé* », par suite, « *le directeur du centre hospitalier ne s'est pas fondé sur une appréciation erronée de cette situation.* » En définitive, l'exercice de ce droit doit être concilié avec deux impératifs : la continuité du service public hospitalier et le principe déontologique suivant : « *Le médecin ne peut pas abandonner ses malades en cas de danger public, sauf sur ordre formel donné par une autorité qualifiée*²¹⁶. » En conséquence, demeurent les deux critères de référence : la nécessité et la proportionnalité pour pouvoir user légitimement de ce droit.

Paragraphe 2 : les conditions de travail des agents hospitaliers dans le milieu pénitentiaire

Comme dans le secteur psychiatrique, le milieu pénitentiaire est confronté à un environnement différent des établissements sanitaires traditionnels. En effet, il s'agit d'un cadre marginal, isolé de la société et synonyme de régression. La population placée sous main de justice présente certaines difficultés, principalement en raison des motifs de leur détention. Leur vulnérabilité constitue un frein dans la relation médicale (A.) Dès lors, au regard des contraintes et des exigences sécuritaires, il est essentiel que les médecins soient protégés lorsqu'ils prodiguent des soins à des détenus. Cependant, le système actuel demeure imparfait (B.)

A) La prise en charge médicale des détenus, état des lieux

La loi du 18 janvier 1994 a amélioré l'accès aux soins pour les personnes détenues. Désormais, ces dernières sont transférées au sein du service public hospitalier dès lors que leur état de santé le justifie. Les réformes ont certes amélioré les prises en charges médicales mais elles restent compliquées et source de tensions (1), alors même que les droits des détenus ont été enrichis, notamment par le juge européen (2.)

1) Les soins en milieu carcéral et les difficultés professionnelles

Bien qu'elles soient privées de libertés, les personnes incarcérées bénéficient d'un droit d'accès aux soins et, plus généralement, du droit à la protection de la santé. Ainsi, les principes déontologiques qui guident la conduite du médecin ont vocation à s'appliquer dans les milieux répressifs. En application des textes en vigueur, le médecin « *doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient (...) les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard* ²¹⁷. » Il s'agit du principe de non-discrimination, principe essentiel dans l'univers carcéral. Effectivement, les personnes détenues ressentent le besoin d'une attention plus particulière, liée à leur vulnérabilité, que le reste de la population. Cependant, l'exercice de la médecine dans le milieu pénitentiaire trouble certaines habitudes et pratiques médicales, étant donné que différents obstacles empêchent la qualité de la prise en charge. La littérature²¹⁸ s'intéresse à l'univers carcéral, en examinant les comportements de ces individus, afin

²¹⁵ CAA Bordeaux, 20 octobre 2015, n°13BX02545

²¹⁶ CSP, art. R4127-48

²¹⁷ CSP, art. R4127-7

²¹⁸ DUROCHÉ J.P., PÉDRON P., *Droit pénitentiaire*, Éditions Vuibert, 2016

d'adapter les prises en charge. Les auteurs offrent une vision globale en présentant les principaux facteurs liés aux difficultés relationnelles : la fragilité sociale et personnelle des détenus, leur immaturité, certaines carences affectives, un environnement professionnel précaire ainsi qu'un suivi médical irrégulier, voire inexistant. Les raisons de leur marginalisation limitent la stabilité des rapports médicaux, dans la mesure où ils sont fondés sur l'indifférence, le manque de confiance et l'impénétrabilité. De surcroît, les patients détenus contiennent difficilement leurs comportements. Certaines attitudes (chantages, menaces pour obtenir un avantage particulier) peuvent en effet aboutir à des rapports de force, venant amplement fragiliser la relation soignant-soigné.

Cette prise en charge médicale spécifique a abouti à des réflexions quant à l'organisation des soins et à l'apaisement des tensions dans les rapports médicaux. En 2006, le Comité consultatif national d'éthique sur la santé et la médecine en prison a souligné dans son avis²¹⁹ : « *L'incarcération peut être source d'aggravation des troubles mentaux de certains détenus, sous le double effet de l'insuffisance des soins dispensés et des conditions de vie dans les établissements pénitentiaires (promiscuité, troubles du sommeil.)* » Ainsi, l'exercice de la médecine dans ce secteur nécessite un engagement personnel important, reposant sur une entière disponibilité et une totale neutralité. Toutefois, il n'est pas évident pour les professionnels de santé d'exercer dans de telles conditions, marquées par l'imprévisibilité et, bien souvent, le non-respect d'autrui. Des études réalisées par des médecins ont apporté des éclaircissements quant aux comportements des détenus²²⁰. Ces analyses affirment que les situations individuelles des personnes placées sous main de justice ont une influence sur leur conduite : « *La marginalisation et la précarisation multiplient le risque de violence de manière significative.* » De manière plus concrète, ces études avancent le constat suivant : « *La violence est cinq fois plus élevée chez les sujets identifiés comme malades mentaux, et ce chiffre est multiplié par douze en cas d'abus d'alcool et par seize en cas de prise de toxiques*²²¹. » À cela, s'ajoute une difficulté majeure : le personnel est considéré comme un intrus, un acteur extérieur, d'où la difficile articulation entre l'environnement médical et l'environnement pénitentiaire. Dès lors, il y a un véritable affrontement entre ces deux mondes, entraînant des complications ou des retards dans les prises en charges médicales. Néanmoins, il demeure fondamental que les détenus aient accès aux soins.

2) *La reconnaissance des droits inhérents aux personnes détenues par le juge européen*

L'étude du milieu pénitentiaire nécessite de s'interroger sur les droits reconnus aux personnes détenues. Les professionnels de santé qui exercent dans ces unités sont en effet tenus au respect de certaines obligations, sous le contrôle vigilant de la Cour européenne des droits de l'Homme. L'objectif est que les conditions de la détention des personnes concernées soient régulières. En ce sens, dans sa jurisprudence, trois principes fondamentaux doivent nécessairement être satisfaits au sein des prisons : « *Donner à chaque personne détenue les soins médicaux requis, c'est-à-dire lui offrir les soins dont il a besoin*²²² », « *offrir des conditions de détention adaptées aux personnes détenues qui souffrent de maladies invalidantes ou de handicap*²²³ », « *ne pas retenir incarcérées des personnes dont l'état de santé est incompatible avec une détention*²²⁴. » En raison du cadre sévère et des contraintes inhérentes aux établissements pénitentiaires, il est essentiel que ces principes précités soient respectés. Dès lors, les médecins doivent obligatoirement obéir aux règles éthiques et déontologiques (consentement aux soins, normes d'hygiène.) La prise en charge médicale est réglementée et constamment surveillée, notamment à l'échelle européenne. En effet, la Convention européenne se montre persévérante et vertueuse dans ce domaine, principalement à travers son article 3, selon lequel : « *Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants.* » Cette disposition est protectrice à l'égard de l'ensemble de la population, faisant également l'objet d'une jurisprudence conséquente dans le milieu carcéral.

²¹⁹ Avis n°94, publié le 26 octobre 2006

²²⁰ Dr SENON, « *Les malades mentaux sont-ils plus violents que les citoyens ordinaires ?* », *L'information psychiatrique*, n°8, octobre 2008

²²¹ J. ARBOLEDA, H. HOLLEY, A. CRISANTI, « *Maladie mentale et violence : un lien démontré ou stéréotype ?* », *Santé Canada*, 1996

²²² CEDH, *KEENAN c/ Royaume-Uni*, 3 avril 2001, n°27229/95

²²³ CEDH, *PRICE c/ Royaume-Uni*, 10 juillet 2001, n°33394/96

²²⁴ CEDH, *FARBTHUHS c/ Lettonie*, 2 décembre 2004, n°4672/02

À l'occasion d'un arrêt rendu par la Cour européenne des droits de l'Homme en 2002²²⁵, ont été critiquées les conditions de détention d'une personne incarcérée, atteinte d'une leucémie lymphoïde chronique. En l'espèce, un individu avait été condamné à quinze ans d'emprisonnement. Or, l'aggravation de son état de santé avait suscité des interrogations quant à la compatibilité de sa détention avec sa pathologie. Les questions liées aux maladies des personnes détenues impliquent effectivement des ajustements, sur le fondement de la dignité de la personne humaine. En effet, le principe fondamental demeure celui d'un traitement adéquat au regard de l'état de santé de l'individu, comme en témoigne le raisonnement des juges européens. Dans cette affaire, ces derniers ont condamné les autorités françaises pour mauvais traitement d'une personne détenue, constituant un agissement contraire à la législation européenne, : « *Son maintien en détention a porté atteinte à sa dignité. Il a constitué une épreuve particulièrement pénible et causé une souffrance allant au-delà de celle que comportent inévitablement une peine d'emprisonnement et un traitement anticancéreux. Partant, il y a eu violation de l'article 3.* » Ainsi, les juges européens apprécient les situations au cas par cas, en vertu du principe de proportionnalité. L'objectif poursuivi par les juridictions est de préserver les droits des individus, devant tous être égaux, quelle que soit leur situation sur le plan pénal. Ces arguments témoignent de la volonté de consolider le droit à la protection de la santé des détenus.

B) Le fonctionnement imparfait du système de soins dans le milieu pénitentiaire

L'entrée en vigueur de la loi du 18 janvier 1994 a permis un rapprochement entre le monde médical et le monde carcéral. À cette époque, le législateur souhaitait accroître les conditions d'accès aux soins en faveur des personnes détenues, pour qu'elles soient similaires au reste de la population. Ce texte a apporté des améliorations sur le plan sanitaire (1) mais l'arsenal législatif en la matière demeure encore insuffisant, notamment en raison du non-respect du secret professionnel (2.)

1) *Le cadre juridique du système de soins en milieu carcéral*

En 1993, le rapport « *Chodorge* », réalisé par le Haut Comité de la Santé Publique, dresse un constat alarmant en ce qui concerne les conditions de prise en charge sanitaire des personnes détenues. Lors de son élaboration, les auteurs de ce rapport relèvent que l'état de santé de cette population est préoccupant, en raison des maladies et des troubles mentaux dont ils sont atteints (infections sexuellement transmissibles, grande proportion de toxicomanes, pathologies dermatologiques, tuberculose, suicides, addictions.) Face à ce constat, ce rapport souligne qu'il est primordial que des politiques de santé répondent à ces difficultés, en termes de moyens humains et médicaux. Dès lors, les réflexions menées par ces experts ont interpellé les pouvoirs publics, en vue d'apporter des solutions adéquates et définir un projet concret. C'est principalement dans ce contexte critique que la loi du 18 janvier 1994, relative à la santé publique et à la protection sociale, a été instaurée. En effet, ce texte a permis de faire évoluer le milieu carcéral dans la prise en charge médicale, en prônant expressément « *une qualité et une continuité de soins équivalentes à celles offertes à l'ensemble de la population.* » La loi de 1994 constitue une étape importante, dans la mesure où elle a entraîné la création d'unités de soins spécialisées²²⁶, réservées au service public hospitalier. À terme, l'objectif est d'améliorer l'accès aux soins, dans une logique de continuité et d'égalité, en rapprochant service public pénitentiaire et service public hospitalier. Parallèlement, cette nouvelle organisation a permis d'encadrer le rôle de chaque administration (pénitentiaire et sanitaire), sous la forme de recommandations.²²⁷

Les réformes postérieures à la loi de 1994 ont alimenté les missions du personnel hospitalier, tout en faisant évoluer les droits des détenus. Principalement, deux textes majeurs sont intervenus. D'une part, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades précise : « *Une suspension de peine peut être ordonnée*

²²⁵ CEDH, *MOUISEL c/ France*, 14 novembre 2002, n°67263/01

²²⁶ Parmi ces unités, ont été créées les unités de soins en milieu pénitentiaire (USMP) ainsi que les services médicaux psychologiques régionaux (SMPR)

²²⁷ Instruction interministérielle n° DGS/SP/DGOS/DSS/DGCS/DAP/DPJJ/2017/345 du 19 décembre 2017 relative à la publication du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice : « *Seule une action régulière, accomplie au plus près des personnes détenues, constitue un gage de réussite.* »

*pour les condamnés atteints d'une pathologie engageant le pronostic vital*²²⁸. » En conséquence, les raisons médicales priment sur la détention de l'individu, ce qui constitue une avancée significative. D'autre part, la loi pénitentiaire²²⁹, entrée en vigueur le 24 novembre 2009, conforte ces dispositions, notamment, en prenant en considération la jurisprudence de la Cour européenne. En effet, ce texte maintient les principes de qualité et de continuité des soins à l'égard des personnes détenues. Les dispositions de la loi de 2009 apportent également un nouvel élan dans la conception du monde carcéral, dans une logique de réinsertion sociale : « *Le régime d'exécution de privation de liberté concilie la protection de la société, la sanction du condamné et les intérêts de la victime avec la nécessité de préparer l'insertion ou la réinsertion de la personne détenue afin de lui permettre de mener une vie responsable et de prévenir la commission de nouvelles infractions.* » L'objectif est de créer un parcours personnalisé de l'individu détenu, en favorisant son éducation à différents niveaux (sanitaire, social, professionnel), afin de compenser les impacts négatifs de son incarcération. Dès lors, la coordination entre le monde judiciaire et le monde médical s'est traduite par une amélioration générale de la qualité de vie des personnes condamnées. Cependant, bien que ces textes aient contribué à un bilan positif, il convient désormais de s'intéresser à la fragilité de certains principes déontologiques dans ce milieu.

2) *Secret médical et milieu carcéral, une difficile articulation*

Les lois et les jurisprudences susmentionnées ont permis de satisfaire les besoins sanitaires des personnes détenues. Toutefois, ce constat reste limité, tant l'égard des usagers que des professionnels de santé. Parmi les exigences éthiques inhérentes aux médecins, l'une des plus anciennes semble fragilisée au sein de l'environnement carcéral, à savoir, celle relative au secret médical. Pourtant, il s'agit d'un principe de droit commun, fondé sur le respect de la vie privée, également applicable aux personnes incarcérées. La loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 affirme en effet à son article 45 : « *L'administration pénitentiaire respecte le droit au secret médical des personnes détenues ainsi que le secret de la consultation, dans le respect des troisième et quatrième alinéas de l'article L6141-5 du Code de la santé publique*²³⁰. » L'article 48 de ce même texte poursuit, en indiquant : « *Ne peuvent être demandés aux médecins et aux personnels soignants intervenant en milieu carcéral ni un acte dénué de lien avec les soins ou avec la préservation de la santé des personnes détenues, ni une expertise médicale.* » Or, le respect de cette confidentialité n'est pas toujours rempli. Cette rupture du secret médical existe et elle est souvent justifiée pour des raisons de sécurité, alors même que cette violation nuit aux rapports qui unissent le médecin avec son patient.

Dans son rapport d'activité paru en 2010, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté avance certains arguments relatifs au non-respect de cette confidentialité. Ce document souligne l'existence de « *nombreuses entorses au secret médical* » dans certains établissements français, ce qui contredit les normes en vigueur. Pour illustrer ce propos, le rapport précise : « *Les locaux ne sont pas toujours adaptés. Les visites médicales ne sont pas toujours menées dans des locaux préservant l'intimité de la personne et garantissant le secret médical. La confidentialité du dialogue entre le médecin et son patient n'est pas assurée. De même, la présence de détenus du service général pour assurer l'entretien des locaux de soins pendant leur ouverture, n'est pas de nature à préserver la confidentialité qui doit s'attacher à ces lieux. Le truchement de surveillants ou de codétenus utilisés comme interprètes est une pratique répandue, qui peut être préjudiciable à la confidentialité des soins.* » Ainsi, alors qu'en droit français le secret professionnel revêt un caractère absolu²³¹, les enquêtes sur le terrain attestent d'une logique antinomique entre les dispositions législatives et la réalité du monde carcéral. Ce constat met en évidence une rupture d'égalité entre les citoyens dans le système de santé, pourtant prônée par la loi KOUCHNER. Dès lors, la spécificité de cet environnement perturbe l'essence même de l'éthique médicale. En d'autres termes, la réalité pénitentiaire est bien plus forte que l'arsenal législatif et les principes déontologiques.

²²⁸ CPP, art. 720-1-1 « *Sauf s'il existe un risque grave de renouvellement de l'infraction, la suspension peut également être ordonnée, quelle que soit la nature de la peine ou la durée de la peine restant à subir, et pour une durée qui n'a pas à être déterminée, pour les condamnés dont il est établi qu'ils sont atteints d'une pathologie engageant le pronostic vital ou que leur état de santé physique ou mentale est durablement incompatible avec le maintien en détention.* »

²²⁹ Loi n°2009-1436 du 24 nov. 2009, JORF n°0273 du 25 nov. 2009 p. 20192

²³⁰ CSP, art. L6141-5, al. 3 et 4 : « *Dès lors qu'il existe un risque sérieux pour la sécurité des personnes au sein des établissements (...), les personnels soignants intervenant au sein de ces établissements et ayant connaissance de ce risque sont tenus de le signaler dans les plus brefs délais au directeur de l'établissement en lui transmettant, dans le respect des dispositions relatives au secret médical, les informations utiles à la mise en œuvre de mesures de protection. Les mêmes dispositions sont applicables aux personnels soignants intervenant au sein des établissements pénitentiaires.* »

²³¹ Cass. crim., DÉGRAENE, 8 mai 1947, JCP 1948 : « *L'obligation du secret professionnel s'impose aux médecins (...). Elle est générale et absolue.* »

Chapitre 2 : L'articulation étroite entre le monde judiciaire et le monde sanitaire pour préserver les droits fondamentaux

Les situations de violence à l'encontre des professionnels de santé à l'hôpital ont contribué à une multiplication de normes en matière de sécurité ainsi qu'à l'intervention des autorités régaliennes. L'immixtion des services de l'État au sein des établissements sanitaires repose sur la volonté de créer une culture de la gestion des risques dans ces lieux. Pour parvenir à de meilleurs résultats, les décideurs publics ont fait preuve d'inventivité et de soutien à l'égard du personnel hospitalier, en développant une relation tripartite Hôpital – Police – Justice. L'engagement des acteurs externes dans ce domaine traduit une finalité précise : rétablir la gouvernance hospitalière, en vue de répondre aux impératifs de prévention et de protection (section 1.)

Les évolutions de l'arsenal législatif dans le secteur hospitalier sont un appui essentiel pour réparer les failles des établissements sanitaires concernés. Le premier objectif visé par les pouvoirs publics est de restaurer la qualité de la relation médicale, désormais fragilisée, en raison des réactions agressives et revendicatrices des patients à l'encontre des professionnels. Ainsi, il s'agit de réaffirmer les valeurs élémentaires sur lesquelles les rapports médicaux doivent reposer : la confiance, la loyauté, la disponibilité et le respect. Ces principes sont en effet la clé d'une relation médicale fondée sur la civilité (section 2.)

Section 1 : Le développement de la relation tripartite Hôpital – Police – Justice, un appui essentiel pour maintenir l'ordre dans les établissements de santé

Les attentats terroristes qui ont frappé la France depuis 2015 ont eu un impact dans le fonctionnement des services hospitaliers. Ces événements ont été le point de départ d'une politique plus interventionniste. Désormais, les établissements de santé disposent de nouveaux outils pour lutter contre ce phénomène menaçant, comprenant aussi bien les attaques terroristes que la montée de la violence décrite dans les rapports de l'ONVS (paragraphe 1.) Afin d'y parvenir plus aisément, d'autres autorités sont impliquées dans ces nouveaux dispositifs, en vue d'amoinrir, voire enrayer, les effets néfastes que ces situations provoquent (paragraphe 2.)

Paragraphe 1 : l'intervention des autorités régaliennes pour accroître la sécurité au sein des hôpitaux

Dans le système français, la sécurité est au cœur des fonctions régaliennes. L'objectif recherché et affirmé par les pouvoirs publics est celui du maintien de la paix sociale, en luttant contre toute forme de conflit. Dès lors, se sont développés progressivement des protocoles et des conventions, destinés à préserver la sécurité des lieux concernés par ces attaques (A.) En parallèle, afin de pallier l'incompétence régalienne de l'hôpital, les forces de l'ordre ont été investies de nouvelles missions au sein des établissements de santé (B.)

A) La multiplication des protocoles et des conventions pour intégrer la culture de la sécurité

Les sources relatives à la sécurité n'ont cessé de s'accroître ces dernières décennies afin de maintenir l'ordre public dans les hôpitaux. Ainsi, il convient de s'intéresser à leur contenu afin de mieux appréhender l'intention du législateur en la matière (1.) Cependant, l'année 2010 marque un tournant, en raison de l'engagement du Ministère de la Justice dans ce processus (2.)

1) Les objectifs du législateur en matière de sécurité dans les hôpitaux

La protection des établissements publics de santé fait l'objet d'une importante mobilisation par les autorités publiques. Cet élan politique s'est véritablement concrétisé en 2000, avec l'entrée en vigueur de la circulaire du 15 décembre 2000 relative à la prévention et à l'accompagnement des situations de violence. Ce texte fixe officiellement les premiers objectifs à atteindre, en dressant les grands axes des actions à mener. La circulaire rappelle, dans un premier temps, que le fondement de ces missions sécuritaires est lié à la protection fonctionnelle, issue de la loi Le Pors de 1983, afin que chaque acteur hospitalier puisse

utiliser cette disposition juridique en cas d'attaques. Dans un second temps, les auteurs de la circulaire invitent la direction des établissements de santé à conduire des projets, en prenant en considération les formes de violences constatées au niveau local. Principalement, ces travaux doivent s'appuyer sur les facteurs exogènes, à savoir, les formes de violence exercées par les usagers (ou les accompagnateurs) à l'encontre du corps médical. Pour ce faire, la circulaire dresse quatre principaux thèmes à mentionner dans les projets des établissements, afin qu'ils soient mis en œuvre de manière efficiente : le renforcement des compétences des agents en matière de sécurité, l'amélioration des conditions d'accueil, l'augmentation des équipements de sécurité ainsi que le recours à des agents supplémentaires pour assurer l'accueil et la sécurité des lieux. Il est opportun de souligner que les Agences Régionales de Santé, auparavant connues sous le nom d'Agences Régionales de l'Hospitalisation, pouvaient octroyer des crédits pour les établissements ayant réalisé des projets concrets dans ce domaine, au regard de critères de sélection²³². Dès lors, les mesures visées par cette circulaire constituent les premiers points phares d'une politique de sécurité, ayant largement alimenté les réformes postérieures.

En raison du contexte et de la recrudescence des incivilités à l'hôpital, les objectifs fixés par les pouvoirs publics se sont diversifiés, et ce, dans une logique opérationnelle. En effet, la seconde circulaire²³³, en date du 11 juillet 2005, est caractérisée par la création de l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé. En vertu des finalités visées par les autorités publiques, il s'agit de systématiser la remontée des informations relatives aux faits de violence commis au sein des hôpitaux, via une fiche de signalement²³⁴. Comme en témoignent les rapports produits par l'ONVS, la connaissance de ces actes malveillants permet d'adapter les réponses politiques dans la lutte contre la violence et, ainsi, de parvenir à fixer de nouvelles orientations sur ce thème. Cette circulaire se veut incitative, en raison des termes employés. En effet, elle qualifie expressément les établissements publics de santé comme étant « *des théâtres d'actes de violence*. » Il s'agit d'un appel à la prudence et à la vigilance, demandant une participation effective de tous les acteurs concernés. Toutefois, bien que ces textes constituent une avancée, cette approche globale n'est pas parvenue aux résultats souhaités. Partant, les textes en matière de sécurité dans les institutions hospitalières se sont multipliés afin d'aboutir à des réponses exemplaires, reposant sur une démarche formalisée et adaptée aux spécificités locales pour assurer la sécurité des professionnels.

2) *L'engagement du Ministère de la Justice*

Avant 2010, la gestion des événements de violence dans les hôpitaux reposait sur deux acteurs nationaux : le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Intérieur. Ce « couple traditionnel » a été complété par l'engagement du Ministère de la Justice, à la suite du protocole du 10 juin 2010²³⁵. Ce dernier a permis d'enrichir le contenu du protocole de 2005, désormais intitulé « *Protocole Santé-Sécurité-Justice*. » Cette nouvelle relation tripartite traduit l'élan politique pour améliorer les conditions de travail du personnel et pour maintenir la qualité des missions du service public hospitalier. De surcroît, cette collaboration constitue un appui essentiel pour pallier l'incompétence régaliennne des établissements sanitaires dans le domaine de la sécurité. L'engagement de la Chancellerie témoigne de la volonté des pouvoirs publics de faire intervenir les forces de l'ordre dans l'institution hospitalière : c'est en effet à partir de la signature de ce protocole que ces autorités sont légitimement et officiellement intervenues au sein des hôpitaux pour y maintenir l'ordre. Même si le risque zéro demeure une pensée utopique, l'institutionnalisation de ces liens marque un changement dans le fonctionnement des hôpitaux, permettant d'entrer dans une nouvelle

²³² Circulaire n° DHOS/P1/2000/609 du 15 décembre 2000 : « *La qualité du diagnostic, la qualité de l'articulation entre le projet et la politique de ressources humaines de l'établissement (composante du projet social), la cohérence du projet de formation, la qualité et la pertinence des actions d'amélioration de l'accueil, la mise en place d'un recensement ou signalement systématique des actes de violence, la cohérence et l'innovation dans l'approche des problèmes de sécurité en lien avec la politique de la ville du ressort territorial de l'établissement.* »

²³³ Circulaire n° DHOS/P1/2005/327 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

²³⁴ Circulaire n° DHOS/P1/2005/327 du 11 juillet 2005 : « *Il est indispensable de faire remonter sans délai les informations relatives à ces faits aux agences régionales de l'hospitalisation, à charge pour ces dernières de les communiquer à la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins qui, d'une part, peut immédiatement venir en appui aux établissements confrontés à ces événements et qui, d'autre part, en assure le recensement et l'analyse.* »

²³⁵ Protocole du 10 juin 2010, art. 1 : « *Le présent protocole a pour objectif d'améliorer la sécurité des établissements de santé publics et privés, dans les services en général et les urgences en particulier, ainsi qu'à leurs abords immédiats, de renforcer la coopération entre les dits établissements et les services de l'État compétents en matière de prévention de la violence et de traitement de la délinquance.* »

dynamique. Les établissements de santé se montrent mobilisés dans ce système, en vue d'instaurer une meilleure gestion des conflits au niveau local, selon les priorités et les besoins exprimés²³⁶.

Les attentats qui ont frappé la France en 2015 ont constitué une deuxième étape dans les actions politiques. En effet, à partir de cette date, les normes ont été reformulées et d'autres ont été créées afin que les mesures élaborées répondent au contexte menaçant. Le climat d'insécurité a donné naissance à un texte majeur : l'instruction du 4 novembre 2016 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements de santé²³⁷. Les auteurs de ce texte ont insisté sur deux points principaux : la création d'un plan de sécurité d'établissement (PSE) et la conclusion ou l'actualisation d'une convention santé-sécurité-justice. L'instruction a rendu obligatoire ces deux documents au sein de tous les établissements de santé. En ce qui concerne le PSE, il s'agit d'un document pratique, définissant la politique relative à la sûreté et la sécurité des structures, devant fixer des exercices annuels en vue de tester les dispositifs mis en œuvre. L'annexe 1 de l'instruction de 2016 précise les lignes directrices lors de la conception du PSE par la direction de l'établissement²³⁸. S'agissant de la convention santé-sécurité-justice, l'objectif est de formaliser les mesures de sécurité, par le biais d'une étroite collaboration entre les trois acteurs concernés (forces de l'ordre, établissements de santé et représentants du ministère de la justice.) L'instruction indique, à son annexe 3, certaines recommandations pour la mise en œuvre de cette convention au sein des établissements²³⁹. La création de cette instruction illustre l'élan national conséquent pour sécuriser les institutions sanitaires. Dès lors, ces initiatives et ces travaux de collaboration entre les différents services sont porteurs d'espoirs pour rétablir la paix et l'ordre public.

B) L'intervention des forces de l'ordre pour combler l'incompétence régaliennne de l'hôpital

Parmi les droits régaliens, celui relatif au maintien de la sécurité intérieure est fondamental. Ce pouvoir est attribué aux forces de l'ordre afin que toute situation contraire à la tranquillité publique soit mise au ban (1.) L'intervention des autorités régaliennes au sein des établissements sanitaires permet de répondre aux situations de crises, via des objectifs déterminés et consensuels (2.)

1) *Le fondement de l'immixtion des forces de l'ordre à l'hôpital*

L'article 12 de la Déclaration de 1789 constitue le fondement central de l'intervention des forces de l'ordre, en précisant : « *La garantie des droits de l'homme et du citoyen nécessite une force publique : cette force est donc instituée pour l'avantage de tous, et non pour l'utilité particulière de ceux auxquels elle est confiée.* » Ces acteurs, étant au service de la population et des intérêts républicains, se doivent d'exercer leurs missions avec dévouement, loyauté et sens de l'honneur, et ce, conformément aux dispositions du Code de la sécurité intérieure²⁴⁰. En effet, garantir et rétablir la sécurité constituent leur cœur de métier et justifient leur immixtion au sein des hôpitaux. Même si, en sa qualité de responsable légal, le chef de l'établissement de santé dispose de la police de la prévention, ses prérogatives ne sont pas toujours suffisantes en raison du climat d'insécurité qui pèse sur ces structures. Partant, le contexte actuel nécessite d'entrer une nouvelle logique de gouvernance, notamment en impliquant les autorités régaliennes dans cette dynamique sécuritaire. Régler la problématique de la violence suppose de travailler de façon transversale, afin que les résultats souhaités se réalisent. Dès lors, est née une solide coopération entre ces

²³⁶ L'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille a créé un plan de prévention de la violence en 2013, intitulé « 30 mesures pour garantir la sécurité des personnels de l'AP-HM », considérant que « Les actes d'incivilités sont trop nombreux dans les hôpitaux français en général et à l'AP-HM en particulier »

²³⁷ Instruction n° SG/HFDS/2016/340 : « Les établissements de santé publics et privés devront élaborer une politique globale de sécurité intégrant notamment la prévention des attentats. Dans ce domaine, la responsabilité des établissements s'exerce tant vis-à-vis du personnel, au titre de la responsabilité de l'employeur, que vis-à-vis des patients, usagers et prestataires. »

²³⁸ Instruction n° SG/HFDS/2016/340, annexe 1 : « Cette politique doit être appropriée à la nature et à l'étendue des menaces et des vulnérabilités identifiées, s'appuyer sur un responsable désigné en charge de la sécurité de l'établissement, définir les principaux objectifs d'amélioration continue en matière de sécurité, être communiquée à tout le personnel afin de le sensibiliser sur son rôle en matière de sécurité, être consignée par écrit, mise en œuvre et revue périodiquement, pour s'assurer qu'elle reste pertinente et appropriée. »

²³⁹ Instruction n° SG/HFDS/2016/340, annexe 3 : « Sont concernés dans cet accord : le diagnostic de sécurité effectué par les forces de l'ordre des établissements, les procédures d'alerte spécifiques (objets et colis suspects, alertes à la bombe, le déclenchement de l'alerte attentat), l'enlèvement/déplacement des véhicules stationnés aux abords des sites sensibles, l'intégration de l'établissement dans le dispositif de patrouille Vigipirate, l'accueil des victimes d'attentat et leur protection, la nomination d'un correspondant sécurité. »

²⁴⁰ Art. R432-2 : « Placées sous l'autorité du ministère de l'intérieur pour l'accomplissement des missions de sécurité intérieure et agissant dans le respect des règles du code de procédure pénale en matière judiciaire, la police nationale et la gendarmerie nationale ont pour mission d'assurer la défense des institutions et des intérêts nationaux, le respect des lois, le maintien de la paix et de l'ordre publics, la protection des personnes et des biens. »

différents acteurs, afin que la présence d'individus perturbateurs ne fasse pas obstacle aux activités hospitalières ainsi qu'à la tranquillité publique.

Les missions confiées aux agents hospitaliers et aux agents de forces de l'ordre sont certes différentes mais complémentaires. En effet, au-delà de la sécurité des individus, sont mises à l'honneur d'importantes valeurs : le devoir d'assistance, le respect absolu des personnes, le secret professionnel, le désintéressement ou encore la protection de la population face à un danger pour la santé. Le partage commun de ces principes a permis une collaboration fructueuse des établissements de santé avec les forces de l'ordre pour un meilleur service rendu, fondé sur la volonté d'améliorer le cadre de vie. En vertu des différents partenariats entre les hôpitaux de grandes villes (Toulouse, Paris, Poitiers, Marseille) et les autorités régaliennes, les mêmes objectifs ont été fixés lors de l'élaboration de chartes, en vue de prévenir des éventuelles situations de désordres. Les principales dispositions prévoient, notamment, la création d'un numéro téléphonique dédié pour permettre au personnel hospitalier de joindre dans les plus brefs délais un responsable des forces de l'ordre, la systématisation du soutien des forces de l'ordre pendant des interventions délicates ou encore l'autorisation de leur intervention au sein des hôpitaux en cas d'entraves à l'ordre public. Le renforcement de ces mesures de prévention et de protection traduit l'image du secteur hospitalier, de plus en plus confronté à des actes de malveillance de la part d'utilisateurs mal intentionnés. L'instruction de 2016 insiste pour que les conventions sante-sécurité-justice élaborées comprennent les dispositions suivantes : « *La coordination de l'action dans le domaine de la sécurité* », « *Les procédures d'information de l'autorité judiciaire, notamment du procureur de la République* », « *Le diagnostic des situations à risques et des dispositifs de prévention notamment dans les services les plus exposés à des risques d'incivilité et de violence* », « *Les modalités d'intervention des forces de sécurité auprès des établissements et des professionnels de santé.* » Ainsi, la collaboration avec les autorités judiciaires est le fruit d'une réflexion collective, afin d'arriver à une véritable culture de la sécurité à l'hôpital.

2) *Le renforcement du rôle des forces de l'ordre à l'hôpital*

Selon un ancien Ministre de l'Intérieur²⁴¹, « *la peur du gendarme est le commencement de la sagesse.* » Cette citation illustre la volonté des institutions hospitalières, à savoir, celle de nouer des relations avec les autorités régaliennes pour réaffirmer le bon fonctionnement de l'hôpital et pour rétablir des conditions de travail favorables. L'appui des forces de l'ordre permettrait en effet d'améliorer la lutte contre les troubles constatés et les situations d'insécurité vécues au sein des établissements de santé. En enrichissant les dispositifs de coopération avec les services de l'État, ces plans d'actions constituent un gage pertinent pour enrayer le climat instable dans les hôpitaux, notamment dans les unités les plus confrontées à la violence (les urgences, le secteur psychiatrique.) Les retours d'expériences et le signalement de ces actes à l'ONVS ont contribué à mieux définir le rôle des forces de l'ordre dans ce contexte, afin d'aboutir à des règles nouvelles. L'instruction de 2016 précise en effet que les signalements des atteintes aux personnes constituent « *Le principal moyen de connaître les situations locales, permettant de faire évoluer les politiques publiques en fonction des événements survenant sur le territoire national.* » La finalité poursuivie est d'optimiser les performances de sécurité, celle-ci étant de la responsabilité de la direction de l'établissement.

Parmi les mesures mises en œuvre, une, semble satisfaire la communauté médicale pour assurer la protection des lieux : la désignation d'un référent sûreté police/gendarmerie²⁴². Ce dernier est un spécialiste, chargé d'améliorer la sécurité des établissements sensibles, en apportant des conseils dans les domaines relatifs à la prévention des risques et à la malveillance. Sa création repose sur la volonté de lutter efficacement contre les atteintes aux personnes et aux biens, en vue de parvenir à une « *prévention situationnelle*²⁴³ » sur l'ensemble du territoire national. Le rôle de ce spécialiste est assurément opérationnel. En ce sens, il analyse les failles des structures concernées afin d'éviter la réalisation d'actes délictueux dans ces lieux. Dans le monde sanitaire, le référent sûreté, désigné en qualité de correspondant,

²⁴¹ Charles PASQUA – ancien Ministre de l'Intérieur (1986 – 1988)

²⁴² Protocole du 10 juin 2010 « *Santé-Sécurité-Justice* »

²⁴³ Loi n°2002-109 du 29 août 2002 d'orientation et de programmation pour la sécurité intérieure : « *L'ensemble des mesures d'urbanisme, d'architectures ou de techniques visant à prévenir la commission d'actes délictueux ou à les rendre moins profitables.* »

est un interlocuteur privilégié du directeur d'hôpital pour établir des stratégies, qu'elles soient de nature technique, humaine ou organisationnelle. Afin de prévenir tout agissement malveillant, son intervention suppose que le chef de l'établissement prenne en considération les recommandations de ce spécialiste (sécuriser les accès, procédures particulières d'alerte, développer des moyens pour réduire le temps d'attente aux urgences.) Cette nouvelle mesure, issue des protocoles d'accord entre les forces de l'ordre et les établissements de santé, traduit le renforcement des liens entre ces deux acteurs, en prévenant les incivilités pour que les lieux concernés soient moins oppressants pour la communauté médicale. Dès lors, pour garantir l'effectivité de la tranquillité publique, la direction et le personnel hospitalier doivent s'approprier les mesures mises en œuvre.

Paragraphe 2 : le soutien local et régional pour optimiser la gouvernance de l'hôpital

Bien que les forces de l'ordre aient des fonctions essentielles pour lutter contre toute forme de conflit, deux acteurs contribuent également à préserver un climat de sécurité dans les établissements de santé. D'une part, le maire dispose du pouvoir de police générale, ce qui l'engage à intervenir en cas de désordre ou de danger dans sa collectivité (A.) D'autre part, les Agences Régionales de Santé sont également compétentes dans le domaine de la sécurité, notamment depuis l'entrée en vigueur de l'instruction de 2016 (B.)

A) Le rôle du maire dans le maintien de l'ordre public

Les textes qui régissent les attributions du maire affirment que celui-ci est détenteur de pouvoirs généraux, liés au maintien de l'ordre public (1.) Cependant, alors que celui-ci bénéficiait d'une place légitime dans les activités et l'environnement des institutions hospitalières, la loi HPST de 2009 semble avoir diminué son rôle (2.)

1) Les pouvoirs généraux du maire

Le maire est l'organe exécutif de la commune et le représentant de l'autorité municipale. Cette qualité lui offre de larges prérogatives pour définir la politique dans sa collectivité territoriale. En effet, étant le garant de l'ordre public sur son territoire, le maire dispose d'un important pouvoir de décision. Cette prérogative se traduit par l'édition d'arrêtés municipaux, pour ordonner des mesures locales aux administrés sur l'ensemble de sa collectivité. En outre, le maire se doit d'assurer les missions liées au maintien de la sécurité, de la tranquillité et de la salubrité publiques. Pour ce faire, l'article L2212-1 du Code général des collectivités territoriales (CGCT) prévoit des pouvoirs de police, dévolus à cette autorité : *« Le maire est chargé, sous le contrôle du représentant de l'État dans le département, de la police municipale, de la police rurale et de l'exécution des actes de l'État qui y sont relatifs. »*

Le CGCT fixe expressément les missions qui incombent à la police municipale²⁴⁴, notamment : *« Le soin de réprimer les atteintes à la tranquillité publique telles que les rixes et disputes », « Le maintien du bon ordre dans les endroits où il se fait de grands rassemblements d'hommes »* ou encore *« Le soin de prendre provisoirement les mesures nécessaires contre les personnes atteintes de troubles mentaux dont l'état pourrait compromettre la morale publique, la sécurité des personnes ou la conservation des propriétés. »* Pour répondre de manière efficiente aux actions confiées, le maire a la possibilité d'être assisté de la police municipale ainsi que d'avoir recours aux forces de la police nationale, conformément à sa qualité d'officier de police judiciaire²⁴⁵. Les juridictions administratives veillent attentivement au respect des obligations qui incombent au maire, en sa qualité d'agent exécutif de la commune. En effet, le juge a récemment condamné des personnes publiques pour *« carence fautive dans l'exercice de leurs missions de protection de la sécurité et de la tranquillité, et de maintien de la salubrité »*²⁴⁶. Dans cette affaire, la Haute juridiction administrative a considéré qu'il était de la responsabilité du maire de *« prendre des mesures réglementaires ou matérielles, pour que les usagers de la voie publique bénéficient d'un niveau raisonnable*

²⁴⁴ CGCT, art. L2212-2

²⁴⁵ CGCT, art. L2122-31 du CGCT : *« Le maire et les adjoints ont la qualité d'officier de police judiciaire. »*

²⁴⁶ CE, 9 nov. 2018, n°411626

de sécurité et de salubrité. » De ce fait, le non-respect de cette obligation constitue un motif légitime pour engager la responsabilité de la personne publique. En conséquence, le maire doit jouer un rôle actif pour garantir l'ordre public dans les lieux menacés. Toutefois, son rôle est différent et restreint dans les structures hospitalières.

2) *Les pouvoirs limités du maire au sein des hôpitaux*

Traditionnellement, le maire est un acteur incontournable en matière de santé publique. Pour ce faire, celui-ci exerce des compétences de police générale et de police spéciale, telles que la police des piscines et des eaux de baignades²⁴⁷, la police des funérailles et des cimetières²⁴⁸ ou encore la police de la salubrité des ruisseaux, des rivières et étangs²⁴⁹. Toutefois, les compétences qui lui sont attribuées ne sont pas sans limites. En effet, l'inflation des textes législatifs et réglementaires dans le domaine de la santé publique a diminué l'intensité de ses pouvoirs, dès lors qu'une mesure a été mise en œuvre à l'échelle nationale ou régionale. En d'autres termes, le maire ne pourra agir que si, et seulement si, des circonstances particulières dans sa collectivité justifient qu'une règle plus contraignante soit appliquée. Bien que son intervention soit encadrée par le législateur²⁵⁰, l'inflation des normes en matière de sécurité traduit certains conflits de pouvoirs entre police administrative générale et police administrative spéciale. Un arrêt rendu par le Conseil d'État illustre cette réflexion²⁵¹. En l'espèce, le maire d'une commune avait édicté un arrêté afin d'interdire l'installation d'antennes de téléphonie mobile autour de crèches et d'établissements recevant un public mineur et des personnes âgées. Or, les juges ont considéré que les attributions du maire dans ce domaine étaient limitées, ce qui signifie qu'il n'était pas légalement compétent pour agir. Effectivement, la police spéciale nationale était, en l'espèce, l'unique autorité pouvant remplir cette mission. Cette affaire témoigne de la réduction des compétences et de la capacité d'action du maire face au cumul des pouvoirs de police.

En parallèle, l'entrée en vigueur de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire (HPST), promulguée le 21 juillet 2009, a modéré le rôle du maire au sein des établissements de santé. En effet, avant l'entrée en vigueur de ce texte, celui-ci présidait, de droit, le conseil d'administration de l'hôpital du ressort de sa commune, ce qui lui permettait d'être étroitement lié à la politique des établissements sanitaires. Cette place confortait légitimement ses décisions dans la gestion des structures hospitalières (mesures de santé publique, prévention, sécurité des soins.) Cependant, la loi HPST a modifié le fonctionnement des hôpitaux, en remplaçant le conseil d'administration par le conseil de surveillance²⁵². L'objectif visé par le législateur était d'améliorer la gouvernance de ces structures afin d'assurer un meilleur pilotage, ainsi qu'un contrôle permanent de leur gestion. De surcroît, cette loi a introduit une innovation majeure : le détachement des hôpitaux des collectivités territoriales. Cette rupture symbolique a eu d'importantes conséquences. D'une part, l'autorité de la collectivité territoriale sur le fonctionnement de l'hôpital a disparu et, d'autre part, la nomination du maire en tant que président du conseil a été supprimée, pour laisser place à une élection parmi les représentants des collectivités territoriales ou les personnalités qualifiées²⁵³. Dès lors, la nouvelle gouvernance de l'hôpital s'est saisie des évolutions textuelles, en amoindrissant le rôle du maire, notamment au profit des Agences Régionales de Santé, exerçant ses prérogatives au nom de l'État. Ces Agences sont en effet la référence centrale de la loi HPST, dont la mission principale consiste à réguler le système de santé pour assurer sa cohérence selon les spécificités territoriales.

²⁴⁷ CSP, art. L1332-1 : « Toute personne qui procède à l'installation d'une piscine, d'une baignade artificielle ou à l'aménagement d'une baignade, publique ou privée à usage collectif, doit en faire, avant l'ouverture, la déclaration à la mairie du lieu de son implantation. »

²⁴⁸ CGCT, art. L2213-8 : « Le maire assure la police des funérailles et des cimetières. »

²⁴⁹ CGCT, art. L2213-29 : « Le maire surveille, au point de vue de la salubrité, l'état des ruisseaux, rivières, étangs, mares ou amas d'eau. »

²⁵⁰ CSP, art. L1311-2 : « Les décrets mentionnés à l'article L1311-1 peuvent être complétés par des arrêtés du représentant de l'État dans le département ou par des arrêtés du maire ayant pour objet d'édicter des dispositions particulières en vue d'assurer la protection de la santé publique dans le département ou la commune. »

²⁵¹ CE, *Commune de Saint-Denis*, 26 octobre 2011, n°326492 : « Le maire ne peut, ni au titre de ses pouvoirs de police générale, ni en se fondant sur le principe de précaution, adopter une réglementation portant sur l'implantation des antennes relais de téléphonie mobile et destinée à protéger le public contre les effets des ondes émises par ces antennes ; que le maire de la commune de Saint-Denis ne pouvait, par conséquent, pas légalement édicter une telle réglementation sur le territoire de la commune. »

²⁵² Rapport VALLANCIEN, 2008 : « Le conseil d'administration de chaque hôpital disparaît au profit de la nomination des élus au conseil de surveillance de la communauté hospitalière. Le conseil oriente et contrôle la politique du directoire. »

²⁵³ CSP, art. L6143-5 : « Le conseil de surveillance élit son président. »

B) L'impact des Agences Régionales de Santé sur le fonctionnement de l'hôpital

Les Agences Régionales de Santé (ARS), issues de la loi HPST, ont contribué à une nouvelle dynamique dans la gestion et l'organisation des établissements de santé. La diversité des missions confiées aux ARS est ambitieuse, en vue de parvenir aux objectifs souhaités par les pouvoirs publics (1.) Depuis 2009, ces agences ont une position centrale dans le système sanitaire régional (2.)

1) *Le rôle des Agences Régionales de Santé*

La création des ARS²⁵⁴ repose sur deux considérations majeures : l'adaptation des politiques de santé publique au plus près des besoins et des spécificités des territoires et le renforcement des actions collectives pour aboutir à une conduite cohérente de ces politiques²⁵⁵. Pour parvenir aux résultats souhaités, les acteurs locaux sont étroitement liés aux ARS, ce qui permet d'assurer une certaine proximité dans le pilotage des actions menées, afin que ces dernières soient fondées sur les spécificités de chaque région. Les ARS disposent d'un champ de compétences étendues, principalement en ce qui concerne la veille sanitaire, la gestion des situations de crise sanitaire, l'élaboration d'actions pour promouvoir la santé sur le territoire ou encore le respect des règles d'hygiène. La création de ces agences a permis à la direction des établissements de santé d'être davantage impliquée dans la préparation des politiques sanitaires, même si les ARS bénéficient d'une large autonomie dans ce domaine.

La loi HPST s'est montrée généreuse, en offrant une place importante au directeur général de l'ARS²⁵⁶ (DGARS.) Cette autorité est en effet dotée de pouvoirs propres, ce qui conforte sa position prépondérante dans les établissements de santé de chaque région, dans la mesure où il exerce ses fonctions légitimement, au nom de l'État. En matière de sécurité et de police sanitaire, le DGARS dispose de prérogatives, comme en témoigne les dispositions issues du Code de la santé publique : « *À l'intérieur des établissements de santé (...) le contrôle est exercé à l'initiative du directeur de l'agence régionale de santé sans préjudice des pouvoirs reconnus au représentant de l'État dans le département*²⁵⁷. » L'octroi de larges compétences au directeur de l'ARS a considérablement amoindri celles du préfet de région dans les politiques de santé. À la suite de la loi HPST, ce dernier a effectivement perdu certaines de ses prérogatives en matière sanitaire, ne lui laissant ainsi qu'un rôle subsidiaire : « *Le préfet de région est responsable de l'exécution des politiques de l'État dans la région, sous réserve des compétences de l'agence régionale de santé*²⁵⁸. » Dès lors, la gouvernance centralisée de l'ARS fait montre de l'importance des pouvoirs qui ont été dévolus à cette institution, au détriment des acteurs locaux, notamment le préfet. La place attribuée au DGARS répond aux ambitions politiques, notamment, celle souhaitant que les Agences Régionales de Santé deviennent « *la clé de voute de la loi HPST*²⁵⁹. »

2) *Les impacts du renforcement des missions des Agences Régionales de Santé*

Dans une logique de protection et de vigilance, l'instruction de 2016, relative aux mesures de sécurisation dans les établissements de santé, a adressé aux ARS des prescriptions spécifiques dans le domaine de la prévention et de la radicalisation. En effet, bien que le rôle des établissements sanitaires soit essentiel dans la définition de leur politique de sécurité, ces agences ont été investies de missions nouvelles, au regard du contexte marqué par la menace terroriste. Ce texte a conforté et renforcé les fonctions des ARS au sein des établissements de santé, en précisant que le pilotage de ces actions leur incombe intégralement. Dès lors, les autorités publiques ont fait reposer sur les ARS cette responsabilité, en créant spécialement un groupe d'appui technique sur la sécurité des établissements de santé, composé de directeurs d'établissements de santé et de forces de l'ordre. Conformément à l'instruction, ce groupe, piloté entièrement par l'ARS, se doit de remplir les missions suivantes : « *exercer une fonction consultative d'aide*

²⁵⁴ CSP, art. L1432-1 : « *Les agences régionales de santé sont des établissements publics de l'État à caractère administratif. Elles sont placées sous la tutelle des ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées.* »

²⁵⁵ CSP, art. L1431-1 : « *Dans chaque région, une agence régionale de santé a pour mission de définir et de mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant à la réalisation, à l'échelon régional et infrarégional : des objectifs de la politique nationale de santé.* »

²⁵⁶ CSP, art. L1432-2

²⁵⁷ CSP, art. L6116-2

²⁵⁸ Décret n°2010 du 16 février 2010, art. 2

²⁵⁹ Roselyne BACHELOT (Ministre de la Santé et des Sports – 2007 à 2010), débat à l'Assemblée Nationale, juillet 2009

à la conception, à la mise en œuvre et au suivi de la politique de sécurité des établissements de santé sur le plan régional, participer à l'élaboration de la cartographie de site à protéger en priorité, participer à la conception et au suivi d'actions d'information et de sensibilisation en direction du personnel hospitalier et des usagers. » Dès lors, les Agences Régionales de Santé, à la suite des événements de 2015, ont été érigées en tant qu'actrices indispensables pour élaborer une politique concrète face à la menace terroriste.

La montée en puissance des ARS reflète son rôle élémentaire en matière de sécurité et de politiques de santé. Néanmoins, ses fonctions conséquentes ne sont sans risques et font l'objet de nombreuses critiques. En effet, les Agences Régionales de Santé se trouvent de plus en plus liées au fonctionnement et à la politique des établissements hospitaliers. La littérature²⁶⁰ témoigne des missions imprécises des ARS : « *Les ARS demeurent souvent identifiées comme des structures peu originales et peu structurantes tant en termes organisationnels que de transformations effectives du système de santé. En effet, elles sont considérées tour à tour soit comme la stricte continuité des Agences Régionales d'Hospitalisation, soit comme des créations technocratiques poursuivant, sous couvert de décentralisation, une politique de renforcement du pouvoir de l'État central, soit comme des régulateurs en puissance potentiellement innovants, mais sans réelle possibilité d'influer sur la trajectoire du système de santé.* » Dans le contexte actuel, la gouvernance des établissements sanitaires repose désormais en grande partie sur les choix imposés par les ARS. Leurs interventions dans les pratiques des hôpitaux contribuent à une certaine ingérence face à l'étendue de ses prérogatives. Ce constat amène à une double remarque, comme en atteste la Fédération hospitalière de France dans l'un de ses communiqués paru en 2013 : « *un excès de bureaucratie* » et « *l'étatisation et à la dérive des ARS.* » En 2015²⁶¹, cette même Fédération a demandé à ce que le rôle des ARS se limite « *à la définition d'un cadre régional pour assurer aux professionnels l'autonomie des établissements publics de santé prévue par la loi et leur permettre d'assumer leurs responsabilités en terme de qualité et d'organisation des soins.* » L'objectif souhaité est de laisser une plus grande marge de manœuvre aux professionnels dans la conduite de l'établissement.

Section 2 : Répondre aux principes du droit positif, la justification majeure pour éradiquer la violence à l'hôpital

L'immixtion des autorités régaliennes dans les établissements publics de santé témoigne des difficultés, pour la direction et le personnel hospitalier, de maintenir l'ordre dans ces lieux. L'évolution textuelle apporte un soutien pour réparer les failles dans ces structures, confrontées à des agissements malveillants de la part des usagers. Le cœur du problème se situe dans les conditions de travail, désormais devenues complexes, voire douloureuses. En effet, derrière ce climat d'insécurité, ce sont des droits et des libertés qui sont entravés (paragraphe 1.) Même si les raisons de telles incivilités sont difficilement justifiables, il semble opportun de s'intéresser à l'entrée progressive du droit de la consommation dans la relation médicale. Celui-ci peut effectivement expliquer ces nouveaux comportements (paragraphe 2.)

Paragraphe 1 : la volonté effective de préserver les droits fondamentaux dans la société

Le législateur s'est toujours montré attentif pour protéger les droits fondamentaux des citoyens. Un corpus législatif s'est effectivement enrichi, au regard du contexte et des évolutions des mœurs. Toutefois, bien que ces facteurs jouent un rôle important dans la société, certains droits restent intangibles, qu'ils soient individuels (A) ou collectifs (B.)

A) La protection des libertés individuelles

L'étude de la violence à l'encontre du personnel hospitalier met en évidence que certaines libertés individuelles, pourtant inhérentes à tous les individus, semblent fragilisées. En effet, en raison de la présence de menaces et/ou d'attaques, deux droits essentiels se trouvent impactés : le droit à la dignité (1) et le droit à la protection de la santé (2.)

²⁶⁰ V. DUCHESNE, « *L'agence, le contrat, l'incitation. Les Agences régionales de santé fer-de-lance administratif de la politique de santé* », *Journal de gestion et d'économie médicale* 2018/4 (vol. 36)

²⁶¹ Contribution FHF à la grande conférence de santé, v20151112

1) La consécration du droit à la dignité de la personne humaine

En raison de la violence qui pèse sur les institutions hospitalières, dénoncée dans les rapports de l'ONVS, il apparaît important de s'intéresser au contenu juridique du droit à la dignité de la personne humaine. Historiquement, le droit positif s'est saisi de cette notion après la Seconde guerre mondiale. La Charte des Nations Unies, adoptée le 26 juin 1945, se réfère expressément à la dignité dans son préambule : « *Nous, peuples de Nations unies, résolus (...) à proclamer à nouveau notre foi dans les fondamentaux de l'homme, dans sa dignité et la valeur de la personne humaine.* » Les textes successifs, aussi bien internationaux que nationaux, ont pris acte de ce concept essentiel au sein de leur corpus juridique²⁶². À l'échelle européenne, cette notion n'a pas été incluse dans la Convention européenne mais les juges s'y réfèrent implicitement. En effet, la jurisprudence européenne se montre dynamique et évolue selon les mœurs et les mutations sociales, en précisant fréquemment dans ses décisions : « *L'article 3 de la Convention consacre l'une des valeurs les plus fondamentales d'une société démocratique*²⁶³. » Dès lors, cette notion est ancrée dans les valeurs universelles, dans une logique humaniste.

En droit français, le concept de dignité a été consacré en tant que principe à valeur constitutionnelle en 1994²⁶⁴ puis intégré dans le Code civil²⁶⁵ à la suite de la première loi bioéthique, promulguée en 1994. De surcroît, cette notion a fait l'objet d'une construction prétorienne par le juge administratif, à travers sa décision rendue en 1995²⁶⁶, considérant en effet que « *la dignité de la personne humaine est une des composantes de l'ordre public.* » Ces consécration textuelles et jurisprudentielles témoignent que le droit à la dignité est devenu un droit matriciel, permettant de renforcer la protection des individus afin d'empêcher toute atteinte à leur intégrité. Également, la dignité, terme ayant une certaine plasticité, est rattachée aux grands droits reconnus dans le système juridique français (droit au travail, droit au logement, conditions de garde à vue.) En d'autres termes, tout individu se doit d'être respecté, quels que soient son âge, son sexe, sa religion, sa situation sociale ou économique, ou encore, sa santé physique et mentale. Le respect de la dignité est devenu la pierre angulaire de toute relation humaine et cette reconnaissance doit être inconditionnelle. Ainsi, la dignité a une place symbolique. Cependant, bien que le législateur protège cette notion, celle-ci peine à s'appliquer dans certaines circonstances, comme en attestent les nuisances dans les relations médicales.

2) Le droit à la protection de la santé, un droit intimement lié aux conditions de travail

Dans le même esprit que le droit à la dignité, le droit à la protection de la santé constitue un principe directeur, à valeur constitutionnelle²⁶⁷, devant faire l'objet de mesures protectrices conséquentes. En effet, des obligations incombent aux pouvoirs publics dans ce domaine afin que soient mises en œuvre des actions positives. La protection du droit de la protection de la santé s'est nécessairement développée au regard des évolutions de la société, ce qui s'est traduit par la reconnaissance de prérogatives en faveur des citoyens pour leur assurer l'effectivité de ce droit. Dans le monde professionnel, ce droit comprend plusieurs composantes : le droit au repos, le droit à la protection sociale ou encore le droit de mener une vie familiale normale. Cette norme constitutionnelle est également mise en œuvre dans la fonction publique hospitalière, principalement à travers la loi du 9 janvier 1986. Les agents publics bénéficient ainsi d'une large protection dans l'exercice de leurs missions, tels que le droit au congé maladie, le droit d'accomplir ses missions à temps partiel pour raison thérapeutique, la possibilité pour les fonctionnaires handicapés de disposer d'horaires aménagés pour faciliter leur exercice professionnel ou leur maintien dans l'emploi, le droit au

²⁶² DUDH, 1948, Préambule : « *Considérant que la reconnaissance de la dignité inhérente à tous les membres de la famille humaine et de leurs droits égaux et inaliénables constitue le fondement de la liberté, de la justice et de la paix dans le monde.* » ; Convention d'Oviedo, 1997, art. 1 : « *Les parties à la présente convention protègent l'être humain dans sa dignité et son identité et garantissent à toute personne, sans discrimination, le respect de son intégrité et de ses autres droits et libertés fondamentales.* »

²⁶³ CEDH, 25 avr. 1978, *TYRER c/ Royaume-Uni*, n°5856/72 : « *Ainsi, quoique le requérant n'ait pas subi de lésions physiques graves ou durables, son châtement, consistant à le traiter en objet aux mains de la puissance publique, a porté atteinte à ce dont la protection figure précisément parmi les buts principaux de l'article 3 : la dignité et l'intégrité physique de la personne.* »

²⁶⁴ Décision n°94-343/344 DC, 27 juillet 1994, Loi relative au respect du corps humain

²⁶⁵ Code civil, art 16 : « *La loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie.* »

²⁶⁶ CE, 27 oct. 1995, *MORSANG-SUR-ORGE*, n°136727

²⁶⁷ Pr. Constitution, 27 oct. 1946, al. 11 : « *La Nation garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence.* »

congé parental pour élever son enfant ou encore le reclassement de l'agent dans un emploi d'un autre corps à la suite d'une altération de son état physique médicalement constatée. Ces multiples garanties sont complétées par la protection fonctionnelle ainsi que le droit de retrait, hypothèses étudiées dans le chapitre précédent.

Comme en attestent les évolutions législatives, le droit à la protection de la santé est intimement lié aux bonnes conditions de travail. Pour illustrer ce propos, en janvier 2016, les principes fondamentaux inhérents à la qualité de vie au travail ont été réaffirmés dans le Rapport BADINTER²⁶⁸, dont l'objectif est d'en rappeler leur force juridique²⁶⁹. Ce corpus de principes, qualifié par les auteurs de « *principes indiscutables* », constitue des références fondamentales, devant être suivies par les employeurs et les employés. Déclarant que « *Toute personne a droit au respect de sa dignité dans le travail*²⁷⁰ », ce texte fixe les bases relatives à la santé et à la sécurité dans le monde professionnel. Ces dispositions rappellent celles consacrées par le décret du 10 juin 1985, relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail dans la fonction publique, en indiquant notamment « *Les autorités sont chargées de veiller à la sécurité et à la protection de la santé des agents placés sous leur autorité*²⁷¹. » Partant, dans la période contemporaine, les normes juridiques et techniques protégeant la santé des travailleurs ne cessent de s'intensifier. De surcroît, le Conseil constitutionnel se montre vigilant quant au respect de ce droit, afin que les dispositions en vigueur soient conformes aux principes constitutionnels²⁷². En ce sens, le contrôle de constitutionnalité des lois, via les questions prioritaires de constitutionnalité (QPC), traduit la volonté des pouvoirs publics de garantir aux citoyens les droits fondamentaux qui leur sont reconnus.

B) La protection des libertés collectives

À côté des libertés individuelles, les libertés collectives font également l'objet d'une importante protection par le législateur. Il convient ainsi d'analyser deux droits symboliques dans le cadre de cette étude : le droit au travail (1) et le droit de grève, notamment dans la fonction publique hospitalière (2.)

1) *La reconnaissance du droit au travail et à l'emploi*

Le droit au travail est expressément reconnu en droit international. D'une part, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, entré en vigueur en 1976, déclare que ce droit s'entend comme « *la possibilité de gagner sa vie par un travail librement choisi ou accepté*²⁷³. » D'autre part, la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne se prononce dans cette même logique, considérant que : « *Toute personne a le droit de travailler et d'exercer une profession librement choisie ou acceptée.* » En droit français, le Préambule de la Constitution de 1946 garantit également ce droit à travers la formulation suivante : « *Chacun a le droit de travailler et le droit d'obtenir un emploi.* » Cependant, le droit au travail est une notion large, dont le contenu juridique est flou en raison de l'imprécision des textes. De surcroît, ce droit se trouve limité à l'échelle universelle, dans la mesure où les dispositions internationales sont dépourvues de force contraignante. La jurisprudence administrative s'est déjà prononcée en ce sens, en refusant de faire droit à la demande d'un requérant, puisque la reconnaissance de ce droit sur le plan international « *ne produit pas d'effet direct dans l'ordre juridique interne ; qu'ainsi, le requérant ne peut se prévaloir utilement de leur méconnaissance*²⁷⁴. » Dès lors, il incombe aux autorités françaises de veiller à cette protection, en insistant sur la garantie d'assurer de bonnes conditions de travail.

Bien que le droit au travail fasse l'objet d'une consécration importante, ce concept juridique nécessite que soit créées des politiques efficaces afin d'assurer pleinement son application. Il est en effet

²⁶⁸ Robert BADINTER, ancien président du Conseil constitutionnel (1986 – 1995)

²⁶⁹ Rapport BADINTER, « *Formuler les principes, c'est faire la lumière sur ce qui importe et laisser dans l'ombre ce qui est second.* »

²⁷⁰ Rapport BADINTER, art. 2

²⁷¹ Décret n°85-603 du 10 juin 1985 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive, art. 2-1

²⁷² Décision QPC n°2°14-373 du 4 avril 2014, Société Séphora : « *Considérant qu'en prévoyant que le recours au travail de nuit est exceptionnel et doit être justifié par la nécessité d'assurer la continuité de l'activité économique ou des services d'utilité sociale, le législateur, compétent en application de l'article 34 de la Constitution pour déterminer les principes fondamentaux du droit du travail, a opéré une conciliation qui n'est pas manifestement déséquilibrée entre la liberté d'entreprendre, qui découle de l'article 4 de la Déclaration de 1789, et les exigences tant du dixième que du onzième alinéa du Préambule de 1946.* »

²⁷³ Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, art. 6

²⁷⁴ CAA Nancy, Mme ISABELLE, 21 juin 2004, n° 00NC00390

de la responsabilité des pouvoirs publics de créer, de toute pièce, un arsenal législatif dans ce domaine, même si ce droit ne constitue qu'une obligation de moyens. Le Conseil constitutionnel a conforté cette analyse, en affirmant que cette compétence revient au législateur, afin que ce dernier puisse « *poser les règles propres à assurer au mieux le droit pour chacun d'obtenir un emploi en vue de permettre l'exercice de ce droit au plus grand nombre possible d'intéressés*²⁷⁵. » En revanche, ce droit va au-delà de ces considérations. En effet, il suppose que des conditions de travail de qualité soient entérinées. Les autorités publiques se sont saisies des actuelles problématiques, notamment pour les métiers liés au service public, d'où les interventions récurrentes du législateur pour assurer ce confort professionnel. Dès lors, le droit au travail mériterait de développer davantage ces aspects, afin de combler les lacunes normatives que cette notion recouvre.

2) *Le droit de grève dans la fonction publique hospitalière*

Le droit de grève revêt la même conception que le droit au travail, dans le sens où il s'agit d'un droit individuel pouvant s'exercer collectivement. Le droit de grève a fait l'objet d'une évolution remarquable, principalement dans la fonction publique. En effet, avant la promulgation du Préambule de la Constitution de 1946, ce droit était interdit aux agents publics, pouvant même être poursuivis pour motif disciplinaire sur ce fondement²⁷⁶. Depuis, l'exercice du droit de grève, consacré en 1946²⁷⁷, est devenu un principe à valeur constitutionnelle²⁷⁸, reconnu à l'ensemble des travailleurs, qu'ils soient issus du secteur privé ou du secteur public. Toutefois, en raison de la nature du service public, ce droit est strictement encadré afin que la sauvegarde de l'intérêt général prime²⁷⁹. Pour certains fonctionnaires, il ne s'agit pas d'une simple limitation mais d'une interdiction du droit de grève. La police nationale²⁸⁰ et l'administration pénitentiaire sont, par exemple, deux secteurs interdits de l'exercice du droit de grève.

En ce qui concerne la fonction publique hospitalière, au nom du principe de continuité, les établissements de santé connaissent certaines limites dans l'exercice du droit de grève. Afin d'assurer le bon fonctionnement du service public et, ainsi, ne pas perturber ses activités, certaines techniques ont été mises en œuvre par le législateur. Pour illustrer ce propos, existe l'assignation, à savoir, une décision individuelle, prise par le directeur de l'hôpital, dont l'objectif est de priver l'agent hospitalier d'exercer son droit de grève. Le recours à l'assignation a pour objet de combler les insuffisances en matière de personnel, pour garantir la permanence des soins et la sécurité des patients. L'assignation est néanmoins encadrée par le juge administratif, devant vérifier que ces décisions ne sont pas abusives, mais bien justifiées²⁸¹. La doctrine s'est saisie de ces évolutions concernant les limitations du droit de grève dans la fonction publique²⁸². Un auteur considère : « *Ces nouvelles lois illustrent une évolution du principe de continuité. Il ne s'agit plus d'interdire la grève à un tout petit nombre de fonctionnaires comme les militaires ou les policiers au nom des intérêts vitaux de la nation. Il s'agit désormais d'imposer des restrictions à tous ceux qui concourent directement à un service public dont l'interruption est perçue comme particulièrement dérangeante pour les citoyens.* » Dès lors, la société actuelle connaît un changement de logique, au nom et pour le bien-être des usagers du service public.

Paragraphe 2 : l'apparition du droit de la consommation dans la relation médicale

Dans un contexte marqué par la primauté des usagers du service public, il semble opportun d'étudier un droit de plus en plus prégnant dans les sociétés contemporaines : le droit de la consommation.

²⁷⁵ Décision n°83-156 DC, 28 mai 1983, *Loi portant diverses mesures relatives aux prestations de vieillesse*,

²⁷⁶ CE, *WINKELL*, 7 août 1909, n°37317

²⁷⁷ Pr. Constitution, 1946, al. 7 : « *Le droit de grève s'exerce dans le cadre des lois qui le réglementent.* »

²⁷⁸ Décision n°71-44 DC, 16 juillet 1971, *Loi complétant les dispositions des articles 5 et 7 de la loi du 1^{er} juillet 1901 relative au contrat d'association*

²⁷⁹ CE, *DAHAENE*, 7 juillet 1950, n°01645 : « *L'assemblée constituante a entendu inviter le législateur à opérer la conciliation nécessaire entre la défense des intérêts professionnels, dont la grève constitue l'une des modalités, et la sauvegarde de l'intérêt général auquel elle peut être de nature à porter atteinte.* »

²⁸⁰ CSI, art. L411-4 : « *Les fonctionnaires actifs de la police nationale ne disposent pas du droit de grève.* »

²⁸¹ CJA, art. L521-2 : « *Saisi d'une demande en ce sens justifiée par l'urgence, le juge des référés peut ordonner toutes mesures nécessaires à la sauvegarde d'une liberté fondamentale à laquelle une personne morale de droit public ou un organisme de droit privé chargé de la gestion d'un service public aurait porté, dans l'exercice d'un de ses pouvoirs, une atteinte grave et manifestement illégale. Le juge des référés se prononce dans un délai de quarante-huit heures.* »

²⁸² R. LETTERON, *Libertés publiques*, Dalloz, 2012, p. 593

Ce dernier comporte d'importants principes en faveur de la protection des clients, afin de satisfaire leurs exigences. Progressivement, ce droit s'est imposé dans la relation médicale (A), mais les effets sont mitigés, au détriment du traditionnel acte de soins (B.)

A) L'entrée progressive du droit de la consommation dans le monde sanitaire

Pour comprendre le rapprochement entre le droit de la consommation et le droit de la santé, il convient d'abord de s'intéresser aux grands principes qui régissent les relations entre les professionnels et les consommateurs (1.) Cette analyse permettra de conforter les liens qui unissent ces deux droits (2.)

1) *Le droit de la consommation, première approche*

Depuis la seconde moitié du XX^{ème} siècle, la société est qualifiée comme étant une société de consommation. Afin de mieux appréhender cette réflexion, un philosophe²⁸³ tente d'expliquer ce phénomène grandissant, à travers une approche pluridisciplinaire : « *Si l'homme moderne s'est construit grâce aux objets qu'il a créés, l'homme de la société de consommation vit dans une abondance, une surabondance de produits et d'objets qui finissent par le posséder. Dans ce culte de la profusion, les individus doivent y trouver leur accomplissement, le seul salut offert par la modernité.* » Cette première considération, fondée sur la recherche constante de la productivité et des modes de vie centrés sur la consommation, a contribué à l'émergence de la notion de « consumérisme. » Cette dernière est définie comme étant un « *mouvement visant à organiser l'information et la défense des consommateurs face aux entreprises de production et de distribution*²⁸⁴. » Ce concept, ayant de plus en plus d'ampleur, a fait l'objet d'une consécration législative conséquente, aussi bien sur le plan européen²⁸⁵ que français²⁸⁶, afin de protéger la société, à savoir, les consommateurs. Dans l'ordre juridique français, les décideurs publics ont pris acte de ces avancées et de la modification des comportements pour adapter les textes, en vertu de l'évolution des mœurs.

Le Code de la consommation constitue la référence législative dans ce domaine. Ce corpus de textes n'a cessé d'évoluer afin que les deux protagonistes concernés, le consommateur et le professionnel, soient protégés avant, pendant et après la conclusion d'un contrat. L'arsenal législatif s'est développé en faveur des consommateurs, notamment, en faisant peser sur le professionnel de nombreuses obligations ainsi qu'en accentuant sa responsabilité. Ce dernier est en effet tenu par des dispositions d'ordre public, à savoir, des règles impératives qui s'imposent à lui, ne pouvant en aucun cas être écartées, sous peine de nullité de la convention. La rigueur des textes se justifie pour assurer la protection du consommateur. Pour ce faire, le législateur s'est appuyé sur l'obligation d'information, principale qualité devant régir la relation entre ces deux protagonistes. L'information doit nécessairement répondre à certaines exigences, tels que la transparence, la loyauté et, dans certaines hypothèses, un écrit papier. En vue de mieux appréhender les obligations inhérentes au professionnel, l'article L111 du Code de la consommation fixe la liste des informations devant être délivrées au consommateur : « *Les caractéristiques essentielles du bien ou du service, le prix, la date ou le délai auquel le professionnel s'engage à livrer le bien ou à exécuter le service, les informations relatives à son identité, à ses coordonnées postales, téléphoniques et électroniques et à ses activités, pour autant qu'elles ne ressortent pas du contexte.* » La précision de ces critères vise une finalité essentielle : le consentement libre et éclairé du consommateur.

2) *L'immixtion du droit de la consommation dans la relation médicale*

Parmi les principes déontologiques inhérents aux professionnels de santé, le législateur énonce que « *La médecine ne doit pas être pratiquée comme un commerce*²⁸⁷. » Dans le cadre de cette analyse, l'objectif n'est pas d'affirmer qu'un acte de soins est comparable à un contrat de vente, bien que le juge administratif,

²⁸³ J. BAUDRILLARD, « *La société de consommation* », 1970

²⁸⁴ Dictionnaire LAROUSSE (2019)

²⁸⁵ Directive 2011/83/UE relative aux droits des consommateurs, 25 oct. 2011

²⁸⁶ Loi n°2014-344 relative à la consommation, 17 mars 2014

²⁸⁷ CSP, art. R4127-19

avant la loi KOUCHNER, semble s'être prononcé en ce sens²⁸⁸. Toutefois, l'évolution de la société et les nouveaux comportements, explicités au paragraphe précédent, témoignent d'une tendance nouvelle : la satisfaction de nouveaux besoins, devant être immédiats et de qualité. Ces modes de vie n'ont pas épargné la relation médicale, ce qui a suscité un changement, voire un déséquilibre, au sein du colloque singulier. Les professionnels de santé se voient désormais dans l'obligation de satisfaire les besoins exprimés par leurs patients, en raison de l'augmentation progressive des normes de qualité et du renforcement des droits des patients/consommateurs. Pour illustrer ce propos, tel que le prévoit le droit de la consommation, c'est avant tout l'information claire et honnête qui imprègne la relation médicale. Cependant, la similitude entre le droit de la santé et le droit de la consommation ne s'arrête pas à cette seule approche, notamment en termes d'obligation de suivi et de réparation.

La doctrine²⁸⁹ s'est saisie de cette thématique, assimilant les rapports entre un professionnel de santé et un patient des rapports entre un professionnel et un consommateur. Les constats avancés sont fondés sur les évolutions sociales et sur la notion de bien-être, élément essentiel pour améliorer la qualité de vie des individus. La référence doctrinale suscitée confirme cette approche, en précisant : « *Le médecin ne peut désormais échapper à la nécessité de satisfaire l'exigence du consommateur. Or, cette satisfaction du besoin du consommateur conduit désormais à inscrire l'acte médical dans une démarche de qualité. En effet, les conséquences de la non-qualité ne sont plus tolérées par les consommateurs de soins qui paient de leur personne l'erreur thérapeutique ou de diagnostic. Ainsi, les médecins hospitaliers mais aussi libéraux se voient imposer des normes de qualité qui sont au demeurant renforcées par les dispositions législatives.* » Cette considération est lourde de significations, dont la première est la volonté de consolider les droits des patients dans le système de santé.

B) Les effets du droit de la consommation dans la relation médicale

La volonté des pouvoirs publics d'améliorer les droits des patients a entraîné des transformations dans le monde sanitaire, dont le statut du patient (1.) La diversité des sources juridiques, liée à la complexité de la relation médicale étudiée, posent ainsi certaines interrogations quant au devenir des rapports soignant/soigné (2.)

1) *Un nouveau statut conféré au patient, au détriment des professionnels de santé ?*

Le thème de ce mémoire, relatif à la violence à l'encontre du personnel hospitalier, nécessite de se concentrer sur le développement des droits des patients. En effet, l'amélioration du statut de ces derniers a une influence formelle sur les comportements. Les rapports de l'ONVS affirment ce constat en livrant les motifs liés aux passages à un acte agressif envers les professionnels²⁹⁰ : les reproches liés à la prise en charge du patient (5 104 signalements), le temps d'attente jugé excessif (1 148 signalements), les refus de prescription (333 signalements), ou encore, le diagnostic non accepté (231 signalements.) Ces réactions disproportionnées traduisent les incompréhensions des usagers dans le fonctionnement du service public hospitalier. Les auteurs de ces rapports interprètent les comportements inciviques des patients au regard de leurs droits, à savoir, « *à qui tout semble être dû et qui insulte ou menace de frapper.* » Ces analyses sont fondées sur les besoins de la personne malade et de sa singularité. Les rapports de l'Observatoire donnent de nombreux exemples concrets, illustrant incontestablement les difficultés professionnelles lorsque de telles situations se produisent.

En outre, le nouveau statut du patient s'est également inspiré du concept de l'« *empowerment.* » Ce dernier, terme anglo-saxon désignant littéralement « *autonomisation* », signifie la capacité pour la personne de participer pleinement aux décisions qui concernent sa santé. Désormais, le patient se qualifie en tant qu'expert, à savoir, en identifiant lui-même ses besoins et sa pathologie. La littérature s'est intéressée à cette nouvelle philosophie, qui, selon elle, constituerait : « *des valeurs emblématiques de*

²⁸⁸ CE, 27 avril 1998, n°184473 184557 : « *Considérant que l'obligation d'information du consommateur instituée au premier alinéa de l'article L113-3 du Code de la consommation est mise à la charge de tous les prestataires de services, sans considération du caractère commercial ou libéral de leur activité et concerne notamment les prestations à caractère médical.* »

²⁸⁹ A. LAUDE, « *Les médecins et les malades face au droit* », *Revue française d'administration publique*, 2005/1 n°113

²⁹⁰ Le rapport de 2018 souligne que les motifs de la violence ont été précisés dans 45% des cas (8 683 signalements enregistrés)

l'individualisme contemporain » et « *avec la consécration de ces valeurs, le patient est davantage envisagé comme autonome, souverain et acteur de sa prise en charge*²⁹¹. » Cette nouvelle idéologie a des effets sur la relation médicale. En ce sens, elle constitue une sorte de dénaturalisation des rapports médicaux, non plus fondés sur l'unilatéralité mais sur une base consensuelle. Bien que les textes aient amélioré et modernisé le statut de la personne malade, le législateur doit cependant préserver les liens et les fondamentaux qui unissent le professionnel de santé et son patient.

2) *Les interrogations sur le devenir de la relation médicale*

Le nouveau rôle des patients et l'amélioration de leur statut dans le système de santé expliquent la transformation de la relation médicale. Les décideurs publics, conscients de ce phénomène, n'ont toutefois pas freiné leurs actions dans ce domaine. Au contraire, le législateur a accéléré ce mouvement, en créant de nouveaux mécanismes, fondés sur ceux qui existent dans le droit de la consommation. Pour illustrer ce propos, la loi de modernisation de notre système de santé de 2016 s'est saisie de ces mutations afin de s'inscrire dans une dynamique, davantage protectrice et participative des usagers : « *Dans chaque établissement de santé, une commission des usagers a pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches et de la prise en charge (...) Elle est consultée sur la politique menée dans l'établissement en ce qui concerne l'accueil et la prise en charge, elle fait des propositions en ce domaine et elle est informée de l'ensemble des plaintes ou réclamations formées par les usagers de l'établissement ainsi que des suites qui leur sont données*²⁹². » Ce texte a permis de renforcer l'implication des patients au sein des établissements de santé. De manière plus précise, la commission des usagers dispose d'un champ de compétences étendues, tels que leur participation pour élaborer la politique relative à l'accueil, à la prise en charge ainsi que pour veiller au respect des droits des usagers dans le secteur sanitaire. Cette commission est devenue une actrice essentielle dans les institutions hospitalières, dans la mesure où elle peut proposer des projets et se saisir de sujets qui se rapportent à la politique de qualité et de sécurité de l'établissement. Dès lors, la contribution des usagers dans le fonctionnement des services a entraîné leur immixtion dans les domaines initialement réservés aux organes de gouvernance.

La volonté de protéger les droits des patients s'est également traduite par la création de l'action de groupe en matière de santé, comparable à celle qui existe en droit de la consommation²⁹³. Introduite en 2016 par la loi TOURAINE²⁹⁴, cette action permet aux associations d'usagers du système de santé d'ester en justice, en vue d'obtenir la réparation des préjudices individuels subis. Il s'agit d'un mécanisme large et favorable aux patients, puisque les associations demanderesse ont la possibilité d'agir contre plusieurs défendeurs (les praticiens, les assureurs, les fabricants de produits, les établissements de santé), dès lors qu'un dommage existe et qu'il a été prouvé. Cette démarche collective renforce le concept de la démocratie sanitaire, en plaçant les usagers au cœur du système. En conséquence, les professionnels de santé sont soumis à des obligations et à des exigences qui ne cessent de s'intensifier, ce qui a pour effet de déséquilibrer les relations médicales. Dans ce nouveau contexte, judiciairisé et marqué par un excès d'individualisme, le statut d'utilisateur du service public hospitalier glisse progressivement, mais sûrement, vers celui de consommateur de soins, revendicatif. Cette considération alerte la doctrine sur le devenir de la relation médicale, considérant en effet : « *Par application du droit de la consommation et du droit de la concurrence, l'acte médical devient un acte d'entreprise*²⁹⁵. » Cette formulation traduit une sorte de déshumanisation de la prise en charge médicale. En conséquence, et à l'appui des témoignages recueillis dans les rapports produits par l'ONVS, cette nouvelle approche encourage certains patients à faire preuve d'incivilité à l'encontre de celles et ceux qui les soignent.

²⁹¹ E. BUREAU, J. HERMANN-MESFEN, « *Les patients contemporains face à la démocratie sanitaire* », *Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, 2014

²⁹² CSP, art. L1112-3

²⁹³ C. consom., art. L423-1 : « *Une association de défense des consommateurs représentative au niveau national et agréée peut agir devant une juridiction civile afin d'obtenir la réparation des préjudices individuels subis par des consommateurs placés dans une situation similaire ou identique et ayant pour cause commune un manquement d'un ou des mêmes professionnels à leurs obligations légales ou contractuelles.* »

²⁹⁴ CSP, art. L1143-2 : « *Une association d'usagers du système de santé peut agir en justice afin d'obtenir la réparation des préjudices individuels subis par des usagers du système de santé placés dans une situation similaire ou identique et ayant pour cause commune un manquement d'un producteur ou d'un fournisseur ou d'un prestataire.* »

²⁹⁵ A. LAUDE, « *Les médecins et les malades face au droit* », *Revue française d'administration publique*, 2005/1 n°113

Conclusion

« *La violence de M. et Mme Tout-le-Monde est celle qui semble le plus marquer les esprits* », énonce le nouveau rapport de l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé, publié le 23 juillet 2019. Les résultats présentés confortent les analyses apportées dans ce mémoire : la fragilité de la relation médicale et les freins que ces comportements provoquent dans le service public hospitalier. En effet, l'ONVS a enregistré 20 330 atteintes aux personnes au sein des établissements de santé, ayant fait 33 431 victimes. Parmi ces dernières, 25 699 victimes sont des professionnels de santé, à savoir, 2 341 sont des médecins, 12 120 sont des infirmiers et 11 238 sont des aides-soignants²⁹⁶. La complexité de ce phénomène désempare le monde sanitaire : personnel de santé en souffrance, accès aux soins et continuité des soins mis en danger, dégradation de l'image de l'établissement.

Le contexte actuel et les rapports d'experts témoignent de la dégradation de la qualité relationnelle au sein des hôpitaux. L'excès d'individualisme, caractérisé par la nécessité de répondre aux besoins immédiats des usagers, montre les répercussions que ces comportements génèrent. Bien que l'hôpital ne soit pas la seule institution marquée par ces agissements, ses missions inhérentes sont remises en cause, ce qui nécessite de répondre à cette problématique majeure. Effectivement, la communauté médicale doit, au quotidien, faire face à des reproches liés aux pratiques professionnelles, considérées par certains patients comme étant insuffisantes ou inadaptées à leurs exigences.

Face à la complexité de ce phénomène, les hôpitaux se trouvent dans l'obligation d'améliorer leur gouvernance, afin d'assurer la sécurité du personnel. Les services de l'État, impliqués dans ces actions, se montrent engagés et porteurs de solidarités. À ce jour, les acteurs investis dans ces démarches doivent acquérir une nouvelle compétence afin de la développer : celle de la sécurité. C'est en effet sur ce fondement qu'une véritable politique pourrait neutraliser les impacts négatifs de la violence et des incivilités, en vue de préserver les valeurs du service public hospitalier, fragilisées. Le directeur d'hôpital détient toutefois un rôle central dans ce processus. Son investissement et ses prérogatives devraient lui permettre de protéger ses agents et de préserver la qualité des missions de soins. En ce sens, il s'agit de réaffirmer les règles d'un savoir-vivre, reposant sur la bienveillance et la civilité.

L'augmentation des actions pour supprimer toutes formes de violence à l'encontre des professionnels de santé est désormais inscrite dans les projets politiques. Cette lutte permanente nécessite d'être traitée sur le long terme afin d'en apprécier les effets. Pour cette raison, des mesures sécuritaires, au sein des établissements sanitaires, n'ont cessé d'évoluer ces dernières années. Désormais, il est de la responsabilité du management hospitalier de savoir les utiliser à bon escient, au regard de l'ampleur de ces situations, des services les plus confrontés aux incivilités et des premières victimes de ces agissements. Ainsi, savoir interpréter la violence est une étape essentielle pour la résoudre efficacement et de manière rationnelle.

La véhémence des usagers constatée à l'hôpital suppose que l'autorité et la fermeté soient remises à l'honneur dans ces lieux. Il ne s'agit pas de modifier les compétences et la nature des missions du personnel mais, au contraire, de les consolider pour restaurer et rééquilibrer la relation médicale. À terme, cette considération suppose d'amoindrir les rapports de force et apaiser les tensions, dans la mesure où la première cible de ce problème est la qualité de la prise en charge médicale de la population. Éradiquer la violence ne comporte, malheureusement, aucune réponse universelle. Toutefois, cette mission collective appartient à la société, devant se montrer respectueuse à l'égard d'autrui, tout en intégrant les aspects philosophiques et philanthropiques liés aux droits de l'Homme.

²⁹⁶ 7,35% des établissements ont déclaré 23 360 signalements (+5,95% signalements par rapport à 2017)

Annexe 1 :

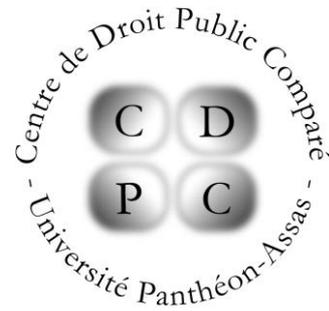
La dignité humaine en droit public français : l'ultime recours.
COSSALTER Philippe. Revue générale du droit, Études et réflexions
2014, n°4

Annexe 2 :

Les médecins et les malades face au droit. LAUDE Anne. Revue
française d'administration publique 2005/1 n°113. p. 113-120

Etudes et réflexions 2014 numéro 4

7^{ème} conférence débat du CDPC – La dignité de la personne humaine – le 30 octobre 2014, sous la présidence de Bruno Genevois



La dignité humaine en droit public français : l'ultime recours

Philippe Cossalter *

Citer cet article : Philippe COSSALTER, « La dignité humaine en droit public français : l'ultime recours », Revue générale du droit (www.revuegeneraledudroit.eu), Etudes et réflexions 2014, numéro 4.

* Professeur à l'Université de la Sarre, co-directeur du Centre juridique franco-allemand.

Tout a été écrit sur la protection de la dignité humaine. Il peut sembler vain d'évoquer à nouveau la notion ou le concept, alors que la doctrine française a proposé de nombreuses synthèses déjà et évoqué la dignité dans ses divers aspects philosophiques et juridiques.

Principe cardinal de l'ordre constitutionnel européen (DURAND : 292), source de tous les droits fondamentaux (WINTRICH), source même de la démocratie (HÄBERLE : 141) la dignité serait le fondement de l'ordre constitutionnel et de l'ordre social européen (DURAND : 313 s.). L'on mesure par ce déferlement de superlatifs la part d'artifice qui soutient la notion.

C'est en tout cas dotée d'une force peu commune, nouvelle loi d'airain de l'ordre constitutionnel contemporain, que la notion de dignité de la personne humaine est entrée dans la doctrine et le droit positif français.

Nous ne retiendrons ici la notion de dignité que dans son acceptation de dignité de la personne humaine, laissant de côté « les dignités » de la déclaration des droits de l'homme et du citoyen (WEIL) et les références qui y sont faites dans le code pénal de 1992 (KOERING-JOULIN). Débarrassé de cette référence plus ancienne mais peu pertinente pour notre propos l'on peut dater l'entrée du principe dans l'ordonnement juridique à la décision du Conseil constitutionnel *Bioéthique* du 27 juillet 1994 (CC 94-343/344 DC) au moins sous l'espèce d'un principe constitutionnel.

Le principe de dignité de la personne humaine était déjà présent, outre dans le code pénal de 1992, dans la loi du 30 septembre 1986 relative à la liberté de communication modifiée, et dans la loi relative à l'habitat du 21 juillet 1994 définissant les caractères des logements d'urgence.

Le nombre des occurrences du principe dans la loi s'est depuis multiplié. Il existe aujourd'hui plus de cinquante textes législatifs en vigueur faisant référence à la dignité ou à la dignité humaine (très souvent il est vrai pour modifier un texte existant). Les deux derniers exemples sont l'interdiction des concours de « mini-miss » qui porteraient atteinte à la dignité des enfants (Loi 2014-873 : art. 58) et l'obligation pour les maîtres d'ouvrages et donneurs d'ordre de contrôler et faire cesser les

hébergements collectifs de salariés qui seraient contraires à la dignité humaine (Loi 2014-790 : art. 4).

Comme un miroir qui se serait brisé, la dignité a pénétré l'ordre juridique français de manière fragmentée. Mais ce sont les morceaux de verre les plus petits qui sont les plus tranchants.

Il ne faut pas selon nous chercher de profond effet de transformation au niveau de l'ordre constitutionnel. De manière en apparence paradoxale, le droit public français a plus été changé par un article réglementaire du code de procédure pénale (l'article D. 189) que le principe consacré par le Conseil constitutionnel.

L'expression législative la plus spectaculaire du principe de dignité est probablement la création de l'article 16-1-1 du code civil, qui garantit aux restes des personnes décédées le respect, la dignité et la décence. Protection objective à laquelle la volonté du défunt ne permet pas de déroger (Cass. 1^{re} civ., 16 sept. 2010, n° 09-67.456), l'article 16-1-1 en rejetant toute réification du corps humain et donc toute propriété (sauf pour l'heure la propriété publique : CAA Douai, 24 juill. 2008) et toute exploitation commerciale, est une expression du principe de dignité dans son expression la plus absolue.

Pour le reste le principe de dignité, diffusé dans les textes législatifs et réglementaires, a principalement pour objet de renforcer ou de remplacer, par un progressif glissement terminologique, des droits existants. Le terme de dignité semble par exemple souvent être l'expression universalisée de la notion plus circonstancielle de « décence ». Ainsi, si les maîtres d'ouvrages ou donneurs d'ordres ont l'obligation de s'assurer que les salariés accueillis en hébergement collectif disposent de logements conformes à la dignité humaine, l'obligation pourrait se résoudre en une garantie d'un logement décent. Il en va de même de tous les textes relatifs aux sans-abris qui tendent à garantir un logement conforme à la dignité aussi bien qu'un logement décent (loi 2009-323).

La dignité vient également renforcer les éléments traditionnels de la protection de l'ordre public et des mineurs en matière de

communications électroniques (loi 2004-669), dans le prolongement naturel de la loi du 30 juillet 1986.

De ce mouvement, la part du droit communautaire ne doit pas être oubliée. Un certain nombre de textes législatifs sont la transposition de directives utilisant la notion de dignité (v. par exemple la loi 27 mai 2008 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de la lutte contre les discriminations ou la loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique transposant la directive 98/44/CE).

* * *

Principe diffus, la dignité s'appuie en droit interne sur des fondements diversifiés.

Le Conseil constitutionnel fonde la « sauvegarde de la dignité de la personne humaine contre toute forme d'asservissement et de dégradation » sur le premier alinéa du préambule de la Constitution de 1946 (CC 94-343/344 DC).

Le Conseil d'Etat se garde bien d'évoquer un fondement unique et consacre en matière de police administrative générale le principe de dignité comme composante de l'ordre public sans apporter plus de précisions.

La rupture est notable entre le Conseil constitutionnel et le juge administratif, qui entretient son œuvre d'autonomisation des sources du droit administratif.

Dans son avis d'Assemblée Hoffman-Glemane, le Conseil d'Etat trouve le fondement de la dignité dans la déclaration des droits de l'homme et du citoyen et la « tradition républicaine » (CE 2009 Hoffman-Glemane). La lecture des conclusions de Frédéric Lenica ne nous informe pas plus : une ligne seulement est consacrée au sujet, qui est identique à celle qui sera utilisée par le Conseil dans ses motifs. Inexpliquée, non détaillée, la dignité de la personne humaine est utilisée ici de façon totémique. L'on peut y voir aussi l'aversion du Conseil d'Etat pour tout esprit de système. La Préambule de 1946 n'est en tout cas pas évoqué. Devant caractériser l'incommensurable illégale ayant abouti tout au long de la Seconde guerre mondiale à la participation de l'Etat français à la déportation des juifs, le

Conseil avait sans doute besoin d'un texte garantissant les droits fondamentaux *avant* 1946 et n'a pas eu l'utilité de fonder plus solidement la référence.

Dans la première ordonnance sur l'affaire Dieudonné, le président Stirn a repris le fondement proposé dans l'affaire Hoffmann-Gleman (CE ORD., 9 janvier 2014, *Société Les Productions de la Plume et M. D.*, n° 374508) ce que se sont gardés de faire les deux juges des référés ayant eu à statuer les jours suivants.

Le Conseil d'Etat invoque plus rarement le principe de dignité découlant de l'article 3 de la convention européenne des droits de l'homme. C'est notamment le cas en matière pénitentiaire (v. par exemple CE SSR., 14 décembre 2008, *El Shennany*).

Les différentes occurrences du principe de dignité renvoient aux différents sens du principe. En matière de droit au logement et de droit du travail le principe est cette dignité sociale consacrée avant la première guerre mondiale. C'est dans une acception plus absolue que la dignité est consacrée dans l'ordre constitutionnel. Mais, comme nous l'avons dit le principe n'a pas apporté au niveau constitutionnel de changement majeur. Par ses caractères propres aussi bien que par ceux du système juridique français, toute confrontation entre la dignité et les principes constitutionnels existants a été évitée (I). C'est dans ses diverses expressions législatives et réglementaires que le principe de dignité trouve le plus de traductions mais là encore, en droit public du moins, le principe a été absorbé sans heurt (II).

I. UNE CONFRONTATION EVITEE

Si le principe de dignité est entouré d'une telle aura, c'est que malgré la nouveauté de sa présence en droit français, il constitue déjà un principe philosophique ancien et un principe constitutionnel répandu. Il n'est pas besoin de rappeler la richesse des analyses doctrinales d'un principe placé au pinacle de la Loi fondamentale allemande depuis plus de soixante ans.

La dignité humaine pénètre le droit français avec le statut de notion matricielle, principe dont découleraient tous les autres droits fondamentaux.

La notion aurait pu avoir en droit français la même position qu'en droit allemand et remplacer comme *pietra del paragone* de l'ordre constitutionnel un principe d'égalité quelque peu vieilli.

Telle ne semble pas être l'évolution qui s'est dessinée.

Le principe de dignité n'a ni dominé ni renouvelé l'ordre constitutionnel français. Eléphant dans un magasin de porcelaine, il n'a pas même brisé une soucoupe (A). C'est que le domaine dans lequel il aurait pu avoir les plus grandes conséquences, la bioéthique, est précisément celui où le Conseil constitutionnel laisse au législateur la plus grande latitude (B).

A./ La conciliation de la dignité avec et les grands principes du droit public français

La dignité, potentiel fossoyeur de la liberté individuelle n'a eu que peu d'influence sur l'ordre démocratique libéral (1). La dignité dont est issue toute égalité n'a pas absorbé le principe fondateur du droit public français (2).

1./ Dignité et liberté

Si la décision du Conseil d'Etat Morsang-sur-Orge a été si remarquée c'est principalement en raison du fait qu'elle consacrait une approche de l'ordre public qui permettait la « protection contre soi-même ».

Jusqu'alors, il n'y a guère que la jurisprudence relative au port obligatoire de la ceinture de sécurité (CE 4 juin 1975) qui avait permis d'illustrer un tel retournement du principe de liberté. Envisagé sur le fondement de l'article 4 de la DDHC, la liberté n'a en principe de limite que celle d'autrui.

Cette confrontation entre les principes de dignité et de liberté était annoncé comme inévitable, puisque la dignité propre à l'espèce humaine ne peut être asservie par l'un de ses membres. C'est un véritable choc entre la dignité et les principes classiques des sociétés libérales (BAERTSCHI).

Cet affrontement entre la liberté, premier pilier de la devise républicaine et la dignité promettait d'être d'autant plus cruel que la dignité est envisagée comme ne pouvant faire l'objet d'une conciliation. En droit allemand, la dignité est « intangible » (Article 1^{er} de la Loi Fondamentale : « Die Würde des Menschen ist unantastbar »).

Le Conseil constitutionnel a pourtant entendu, dès l'introduction de la notion en droit constitutionnel français, poser les limites au principe en indiquant qu'il devait, au même titre que tous les autres principes à valeur constitutionnelle, faire l'objet d'une conciliation (CC, 27 juillet 1994). Après avoir consacré l'existence du principe de dignité, puis rappelé le principe de liberté individuelle, le Conseil affirme que cette liberté doit « être conciliée avec les autres principes de valeur constitutionnelle ». Dans son considérant conclusif, le Conseil rappelle également que les dispositions de deux lois qui lui étaient soumises « mettent en œuvre, en les conciliant et sans en méconnaître la portée, les normes à valeur constitutionnelle applicables ».

L'intention ne peut être plus claire, de placer la dignité au niveau des autres principes de valeur constitutionnelle et notamment le principe de liberté individuelle. Le conflit est identifié. Il est résolu dès l'abord par l'expression d'une nécessaire conciliation.

Dès lors que la dignité est « abaissée » dans ses fonctions au niveau d'un simple principe à valeur constitutionnelle et peut faire l'objet d'une

conciliation, elle n'est pas plus attentatoire à la liberté et à la propriété que le reste de l'ordre constitutionnel.

2) Dignité et égalité

Que le principe de dignité doive être concilié avec les autres principes à valeur constitutionnelle ne signifie pas qu'il ne pouvait pas se substituer, dans l'exercice du contrôle de constitutionnalité des lois, à des principes existants.

L'essor de la dignité a pourtant trouvé une très sérieuse limitation dans l'un des principes fondamentaux du droit constitutionnel français : le principe d'égalité. Sa place dans le système français est aussi fondamentale que la dignité dans le système allemand, même si leurs fonctions ne sont pas comparables.

La proximité, voire l'effet de recouvrement entre égalité et dignité peut se pressentir dans l'expression d'*égale dignité*. C'est parce que tous les membres de la communauté humaine sont investis de la même dignité que leur traitement ne peut être qu'égal. Le Conseil constitutionnel, dans la décision qui a consacré le principe de dignité en droit constitutionnel français, fait découler l'absence de protection de l'embryon au titre de la dignité, une absence corrélative de protection au titre du principe d'égalité (CC, 27 juillet 1994 : cons. 9). C'est donner immédiatement à la dignité de l'être humain une prééminence philosophique sur les autres principes constitutionnels dont le plus illustre d'entre eux. Le rattachement des droits fondamentaux se fait par rapport à la personne humaine dont l'existence même est consubstantielle à la dignité.

Mais aucun mouvement de substitution n'a eu lieu.

Le principe de dignité pourrait trouver à s'appliquer en substitution de l'égalité dans le domaine des « discriminations interdites » posées à l'article 1^{er} de la constitution : l'origine, la race, la religion, le sexe. Les organes de l'Union européenne se réfèrent de plus en plus fréquemment à la dignité dans ces domaines, aux côtés ou en complément de la notion d'égalité.

L'égalité entre les femmes et les hommes est en particulier envisagée comme une expression de la dignité humaine. Le droit français a tout au

plus fait une place plus importante à la dignité dans les domaines de lutte contre les discriminations sexuelles. Le titre de la loi du 4 août 2014 pour l'égalité *réelle* entre les hommes et les femmes est révélateur d'une évolution dans l'approche du principe d'égalité. Par opposition à l'égalité « fictive », l'ancienne égalité prônant l'abstention, l'égalité *réelle* est celle qui chasse les « stéréotypes », les dégradations et humiliations propres à la condition féminine. Il n'est pas anodin que le principe de dignité apparaisse à plusieurs reprises au sein de cette loi, dans plusieurs de ses titres. L'intégration de la dignité dans les préoccupations liées au principe d'égalité semble s'arrêter à ce rapprochement quasi-philosophique.

B./ La place subsidiaire de la dignité parmi les principes à valeur constitutionnelle

La dignité n'a pas surpassé et ne s'est pas substituée aux principes existants.

En matière de bioéthique, domaine dans lequel elle pourrait recevoir sa plus complète expression, la dignité ne s'exprime que comme une limite, un garde-fou mis à l'œuvre du législateur mais qui n'a pour l'heure jamais été utilisé (1).

En dehors de la bioéthique, là où la dignité ne s'exprime pas seule, c'est un complément plus qu'un fondement qu'elle apporte (2).

1) Un rôle essentiellement symbolique

La jurisprudence du Conseil constitutionnel sur les questions éthiques est marquée par une sévère autolimitation. Si cette restriction, voire cette absence de contrôle dans le domaine du droit des personnes et du droit de la famille (CHENEDE, DEUMIER) ne concerne pas uniquement le principe de dignité, cette abstention du juge constitutionnel dans ce domaine est particulièrement marquante.

La première expression de l'autolimitation en ce domaine date de la décision IVG de 1975 ; le Conseil y affirme à titre liminaire que « l'article 61 de la Constitution ne [lui] confère pas [...] un pouvoir général d'appréciation et de décision identique à celui du Parlement, mais lui donne seulement compétence pour se prononcer sur la conformité à la

Constitution des lois déferées à son examen ». Maintes fois commentée, cette expression conserve à nos yeux tout son mystère.

Relever l'asymétrie des pouvoirs du Parlement et du Conseil, qui veut à tout prix éviter le « gouvernement des juges » aboutit en effet à signifier qu'il n'existerait pas, sur les questions d'éthique, d'orientation constitutionnelle dans les textes. Or il est indéniable que les normes constitutionnelles substantielles dessinent une orientation, des choix de société, qui sont implicitement mais nécessairement pris en compte par le Conseil.

Déclarer l'abstention, c'est en réalité faire un choix *pour* la liberté individuelle. La neutralité éthique du Conseil constitutionnel valide une option en faveur du libéralisme démocratique (BAERTSCHI). Ce choix est conforme à nos inclinations personnelles et nous ne le déplorons pas. Mais dans le domaine biomédical notamment, la référence au principe de dignité aurait pu permettre de contester une approche purement positive du droit (MATHIEU 2010 : 82).

Ce n'est pas le choix qui a été fait par le Conseil et l'ensemble des décisions invoquant le principe de dignité rappelle la grande liberté laissée au législateur pour déterminer les orientations générales en matière de recherche scientifique sur l'embryon (décision n° 2013-674 DC du 1er août 2013) ou en matière d'interruption volontaire de grossesse (décision n° 2001-446 DC du 27 juin 2001).

En dehors des questions les plus sensibles touchant à la bioéthique, la structure même du contentieux constitutionnel laisse une place limitée au contrôle sur le fondement de la dignité.

L'atteinte à la dignité en dehors des questions bioéthiques est rarement constituée au niveau du texte législatif. C'est une marque, rassurante, du haut niveau de protection des droits fondamentaux dans l'ordre juridique français. Dès lors que l'instauration de la peine de mort ou la légalisation de la torture ne se posent pas dans le débat législatif, le Conseil constitutionnel est cantonné à une approche *in abstracto* de la constitutionnalité de la loi.

La procédure de QPC, même si elle est mise en œuvre à l'occasion d'affaires concrètes, reste une appréciation de la loi *in abstracto*. Cela ressort clairement de la décision par laquelle le Conseil constitutionnel a par ailleurs déclaré illégales les conditions de garde à vue ne permettant pas le recours à la défense d'un avocat dès la première heure. Répondant au moyen tiré de la violation du principe de dignité par les anciennes conditions de garde à vue, le Conseil considère qu'il « *appartient aux autorités judiciaires et aux autorités de police judiciaire compétentes de veiller à ce que la garde à vue soit, en toutes circonstances, mise en œuvre dans le respect de la dignité de la personne ; qu'il appartient, en outre, aux autorités judiciaires compétentes, dans le cadre des pouvoirs qui leur sont reconnus par le code de procédure pénale et, le cas échéant, sur le fondement des infractions pénales prévues à cette fin, de prévenir et de réprimer les agissements portant atteinte à la dignité de la personne gardée à vue et d'ordonner la réparation des préjudices subis ; que la méconnaissance éventuelle de cette exigence dans l'application des dispositions législatives précitées n'a pas, en elle-même, pour effet d'entacher ces dispositions d'inconstitutionnalité* » (CC, décision n° 2010-14/22 QPC : cons. 20).

Le juge judiciaire et le juge administratif sont des juges constitutionnels et c'est à eux que revient la protection du principe de dignité *in concreto*.

2) Un complément plus qu'un fondement

Comme en droit européen et en droit allemand, le principe de dignité même lorsqu'il a vocation à s'appliquer, soit n'est pas invoqué soit n'est pas utilisé seul. Le principe conserve une place subsidiaire dans le contentieux constitutionnel.

L'on ne peut attribuer la place relativement subsidiaire du principe de dignité à la retenue des requérants ou à la force des habitudes. Le Conseil constitutionnel accepte depuis longtemps de soulever des moyens d'office (Décision n°73-51 DC Loi de finances pour 1974) et lui est ainsi possible, non seulement d'examiner des dispositions qui ne seraient pas expressément visées dans la saisine, mais d'examiner ces dispositions au regard des principes constitutionnels qu'il souhaiterait invoquer (BEZZINA).

Pour ne prendre que l'exemple du droit à un logement décent, le Conseil invoque ainsi le principe de dignité aux côtés des dixième et onzième

alinéas du préambule de 1946 pour en faire un objectif à valeur constitutionnelle (décisions 94-359 DC et 98-403 DC). Malgré des tentatives doctrinales de conférer à la dignité le rôle fondateur qui devrait lui revenir (DUPÉRE), l'on peut considérer que la dignité ne pèse pas d'un poids considérable dans la reconnaissance du droit à un logement décent.

Comme nous l'avons dit l'usage conjoint du principe de dignité avec d'autres principes n'est pas propre au droit français ; le juge constitutionnel allemand lui-même préfère toujours privilégier un principe précis et technique et ne se référer à la dignité seule qu'en dernier recours (HEUSCHLING : 145).

Cette occasion ne s'est pas présentée et le Conseil constitutionnel n'a jamais déclaré une disposition législative contraire au principe de dignité.

II. UNE NOTION ASSIMILEE

Les usages du principe de dignité par les juridictions françaises sont bien trop diversifiés pour que nous en fassions ici le rapport.

Même en se restreignant à la juridiction administrative, les exemples d'une évocation parfois vivifiante du principe sont nombreux. La sauvegarde de la dignité humaine peut par exemple justifier, en principe, que le concours de la force publique soit refusé par l'autorité de police pour exécuter un jugement régulièrement rendu par l'autorité judiciaire prononçant une expulsion (CE 30 juin 2010 *Min. Int c/ Ben Amour*).

Mais ce sont les deux domaines de la police et du service public pénitentiaire qui offrent les illustrations les plus intéressantes de la pénétration multiforme du principe de dignité dans l'ordre juridique français et, en quelques sortes, dans son quotidien.

La police administrative faut-il le rappeler a permis d'illustrer de la manière la plus éclatante la pénétration du principe de dignité dans la jurisprudence administrative. Mais après la stupeur des débuts, il n'est pas exagéré de dire que le recours à la dignité dans la jurisprudence administrative est resté plus que limité (A).

Le domaine du « droit pénitentiaire » en revanche est un terrain fertile. Il propose l'exemple d'un véritable « contentieux de masse » rapporté à la population pénitentiaire. Là encore, les résultats de la mise en œuvre du principe de dignité sont relativement mitigés (B).

A./ De l'usage subsidiaire du principe de dignité dans la jurisprudence administrative

Comme en matière de contrôle de constitutionnalité de la loi, le principe de dignité se voit attribuer en matière de police une place éminemment subsidiaire. C'est le cas en matière de police administrative spéciale (1), matière parfois oubliée tant les questions de police administrative générale déclenchent les passions (2).

1) En matière de police spéciale

Parallèlement aux quelques décisions très médiatiques en matière de police administrative générale, le Conseil d'Etat contrôle la police spéciale exercée par le CSA en matière audiovisuelle. L'article 1^{er} alinéa 2 de la loi du 30 septembre 1986 relative à la liberté de communication dispose que la liberté de communication ne peut être limitée « que dans la mesure requise [...] par le respect de la dignité de la personne humaine, de la liberté et de la propriété d'autrui, du caractère pluraliste de l'expression des courants de pensée et d'opinion et, d'autre part, par la protection de l'enfance et de l'adolescence, par la sauvegarde de l'ordre public, [...] ».

C'est rarement le principe de dignité seul qui justifie une sanction de la part de l'autorité administrative.

La position subsidiaire du principe de dignité peut être illustrée par les sanctions infligées à la radio Skyrock après une série d'émissions dans lesquelles des propos violents à l'égard des forces de police avaient été tenus. Suite à plusieurs mises en demeure, la radio avait été sanctionnée car à l'occasion de l'assassinat d'un policier, des animateurs avaient exprimé leur joie et leur approbation (CE SSR., 20 mai 1996, Société Vortex, n° 167694). Il résulte assez clairement des termes des conclusions et de la décision que l'atteinte à la dignité n'est pas le

principal motif de la sanction, mais bien plutôt les risques d'atteinte à l'ordre public (dont la dignité est une composante). Le Commissaire du gouvernement Guillaume Goulard note que « les propos tenus n'ont ni la portée d'une critique d'ordre politique ou social, ni même l'excuse d'être drôles [...] ils sont susceptibles d'être à la fois dangereux pour l'ordre public, en ce qu'ils présentent l'hostilité aux forces de police comme une attitude naturelle, insultants pour la mémoire d'un fonctionnaire mort dans l'exercice de ses fonctions et blessants pour sa famille ». Si des propos antisémites constituent une atteinte à la dignité justifiant une sanction (CE SSR., 9 octobre 1996, *Association « Ici et maintenant »*, n° 173073), lorsque ces propos illustrent un soutien à des actes terroristes contre Israël ils constituent alors non plus une atteinte à la dignité, mais une « incitation à la haine ou à la violence pour des raisons de religion ou de nationalité » (CE SSR., 6 janvier 2006, *Société Lebanese Communication Group*, n° 279596).

Les cas dans lesquels la dignité est seule invoquée pour justifier une sanction en matière de police spéciale des communications électroniques sont assez rares. Il peut s'agir de descriptions précises faites à la radio sur l'état de décomposition de cadavres (CE SSR., 30 août 2006, *Association Free Dom*, n° 276866) ou de propos antisémites (CE SSR., 9 octobre 1996, *Association « Ici et maintenant »*, n° 173073).

2) En matière de police générale

Mais c'est en matière de police administrative générale que l'évolution de la jurisprudence du Conseil d'Etat a eu le plus grand retentissement. A cet égard, le recours à la dignité humaine en matière de police a fait l'objet d'une médiatisation tout-à-fait disproportionnée par rapport à sa portée réelle. S'il est un domaine dans lequel la dignité peut être vue comme ne constituant qu'un ultime recours c'est précisément celui de la police générale.

Il semble inutile de rappeler le contenu et la portée de la première des décisions par laquelle le Conseil d'Etat a consacré la dignité comme composante de l'ordre public (CE 27 octobre 1995, *Morsang-sur-Orge*).

Ce n'est que douze ans plus tard que le Conseil d'Etat a de nouveau eu recours au principe de dignité pour justifier l'adoption d'une mesure de

police administrative générale : il s'agit de l'affaire de la « soupe au cochon » (CE 5 janvier 2007). Cette pratique consistait à distribuer aux plus démunis une bonne soupe chaude en plein hiver, mais en l'agrémentant systématiquement de porc. Ceci excluait évidemment les indigents qui auraient en outre eu la prétention d'être des musulmans ou des juifs pratiquants. Comme dans l'affaire Morsang-sur-Orge, l'ordonnance « Solidarité des français » permet, par l'invocation de la dignité, d'interdire une manifestation en raison d'une atteinte intrinsèque à la dignité, et non en raison de risques de troubles extérieurs qu'elle pourrait causer. Sa portée médiatique a été moindre et sa portée juridique est plus restreinte, puisque la décision de l'autorité préfectorale n'assurait pas la garantie objective de la dignité (la « protection contre soi-même ») mais restait sur une approche subjective considérée comme moins attentatoire à la liberté.

Entre l'affaire Morsang-sur-Orge et la décision Dieudonné, la décision « Solidarité des français » aura été la seule à faire usage du principe de dignité pour justifier l'adoption d'une mesure de police administrative générale. Il n'existe pas à notre connaissance de décisions comparables des juridictions du fond.

Nous ne citerons « l'affaire Dieudonné » que pour faire bonne mesure et ne pas sembler nous arrêter en chemin dans un décompte si simple que celui du recours à la dignité par les autorités de police administrative générale.

Rappelons que par une ordonnance de référé suspension du 9 janvier 2014 le président de la Section du contentieux a rejeté le recours exercé contre un arrêté préfectoral interdisant le spectacle de Dieudonné appelé « Le Mure » (CE ORD., 9 janvier 2014, *Société Les Productions de la Plume et M. D.*, n° 374508). La légalité de cet arrêté, qui était très incertaine, a pourtant été reconnue en raison des potentielles atteintes à la dignité que pouvait constituer un spectacle multipliant les propos antisémites.

Il ne faut pas inférer de cette ordonnance et de celles qui l'ont suivi que la jurisprudence administrative aurait connu une évolution majeure en 2014. La jurisprudence Dieudonné constitue une « réponse adaptée à une situation extraordinaire » (DE BECHILLON) et les critères posés à son

recours sont tellement stricts que l'on peut affirmer qu'il s'agit d'une véritable jurisprudence d'exception (COSSALTER).

B./ Le milieu carcéral, domaine d'élection du principe de dignité

Le milieu carcéral est le domaine d'élection du principe de dignité. D'une manière générale, la privation de liberté qui était il y a vingt ans la raison d'un affaiblissement voire d'une neutralisation du principe de légalité, est le catalyseur d'une exacerbation d'un certain nombre de principes fondamentaux. La vulnérabilité des détenus et leur situation d'entière dépendance vis-à-vis de l'administration impose par exemple de leur servir des repas confessionnels, alors que le principe de laïcité ne l'impose pas dans les autres services publics (TA Grenoble, 7 novembre 2013, Centre pénitentiaire de Saint-Quentin-Fallavier, n° 1302502).

Ainsi le Conseil d'Etat rend en matière pénitentiaire des décisions notables qui réduisent progressivement la véritable zone de non-droit que constituait jusqu'au milieu des années 1990 le milieu carcéral. L'on peut noter par exemple la capacité des juridictions administratives à s'opposer, à travers un référé liberté, à une pratique inhumaine ou dégradante disproportionnée par rapport aux contraintes de sécurité, comme la fouille intégrale systématique (CE SSR., 14 décembre 2008, *El Shennawy*) (1).

Mais il est difficile d'imaginer que le juge administratif par une procédure de référé mette fin à une peine privative de liberté en raison des conditions déplorables d'incarcération qui se multiplient au fur et à mesure qu'augmente la surpopulation carcérale.

Le contentieux se résout alors très souvent en indemnités. Le contentieux pénitentiaire fondé sur les conditions indignes de détention est à cet égard en passe de devenir un contentieux de masse eu égard à la population réduite (un pour mille) qui peut être concernée au sein de la population française (2).

1) La dignité, outil d'une pénétration du droit dans le domaine pénitentiaire

Il est possible d'utiliser devant la juridiction administrative les procédures de référé pour obtenir la reconnaissance d'une situation contraire à la dignité de la personne humaine.

La jurisprudence du Conseil d'Etat s'est développée dans plusieurs directions, qui concernent des pratiques sur les prisonniers les plus dangereux mais qui n'ont pas de lien avec l'état de délabrement ou la surpopulation d'une part, et l'indignité des conditions de détention liées à la surpopulation carcérale et au délabrement des centres de détention et maisons d'arrêt d'une part.

Concernant les pratiques afférentes au traitement des prisonniers jugés les plus dangereux, le Conseil d'Etat a reconnu pour principe que les fouilles intégrales systématiques, qui pouvaient être justifiées par des raisons de sécurité, devaient être proportionnées (CE SSR., 14 décembre 2008, *El Shennany*), répondant en cela à l'invitation du juge européen (Cour EDH, 2^e Sect, 12 juin 2007, *Frérot c. France*, req. n° 70204/01).

Notons que dans ce domaine comme tant d'autres, le recours au principe de dignité perd progressivement de son utilité dès lors que les textes y font référence et que par ailleurs se développe l'encadrement législatif et réglementaire des conditions de détention. Ainsi, si la fouille intégrale systématique d'un détenu a été suspendue en raison de son caractère inhumain et dégradant, la note de service du directeur de la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis instaurant un régime de fouille systématique de tous les détenus est suspendue pour contrariété avec l'article 57 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 organisant le régime des fouilles intégrales (CE ORD., 6 juin 2013, *Section française de l'Observatoire international des prisons*, n°368816).

Mais le contentieux le plus abondant concerne les conditions de détention liées au délabrement des maisons d'arrêt et centres de détention et à la surpopulation carcérale.

Le référé-liberté reste un outil d'une utilité relative mais qui permet de contraindre, dans toute la mesure des pouvoirs du juge administratif,

l'administration pénitentiaire à des améliorations ponctuelles. C'est pour assurer le respect de l'article 22 de la loi du 24 novembre 2009 imposant à l'administration pénitentiaire de garantir à tout détenu le respect de sa dignité et de ses droits, que le Conseil d'Etat saisi en référé-liberté a enjoint à l'administration d'éradiquer les animaux nuisibles de la prison des Baumettes à Marseille (CE ORD., 22 décembre 2012, *Section française de l'OIP*, n° 364584).

Il n'est pas envisageable cependant que le juge administratif, quelle que soit la portée de ses pouvoirs nouveaux et l'impact du principe de dignité sur sa jurisprudence, mette fin à une peine privative de liberté. Le principe de séparation des autorités administratives et judiciaires s'y oppose évidemment.

Les mises en demeure comme celle qu'illustre l'affaire de la prison des Baumettes ne peuvent par ailleurs suffire à garantir, dans un délai raisonnable, le respect effectif du principe de dignité.

C'est donc sur le plan indemnitaire que se résout de plus en plus ce contentieux.

2) La dignité, source d'un nouveau contentieux de masse

Nous avons identifié près de six-cents décisions de juridictions administratives du fond se prononçant sur une affaire où était invoqué, souvent aux côtés de la Convention européenne des droits de l'homme, l'article D. 189 du code de procédure pénale. Ces décisions sourdent du fond comme autant de sources, que le Conseil d'Etat tente maintenant de canaliser.

Une décision du 12 novembre 2009 de la Cour administrative d'appel de Douai semble caractéristique du rôle joué par la dignité, même restreinte à un usage subsidiaire, dans l'évolution du droit pénitentiaire.

Ayant à connaître d'un appel sur un référé-provision, la Cour octroie une indemnité provisionnelle à deux détenus ayant séjourné en maison d'arrêt dans des conditions jugées indignes. Le manque d'espace, de lumière naturelle et d'intimité contrevenaient aux conditions de détention prévues par les articles D. 350 et 351 du code de procédure pénale. La Cour cite en outre l'article D. 189 du code de procédure

pénale qui dispose qu' « à l'égard de toutes les personnes qui lui sont confiées par l'autorité judiciaire, à quelque titre que ce soit, le service public pénitentiaire assure le respect de la dignité inhérente à la personne humaine [...] » (CAA Douai 12 novembre 2009).

Cette ordonnance, qui n'est qu'une décision de référé-provision, est cependant caractéristique de l'absorption de la notion de dignité humaine par le droit positif. Ce n'est pas tant en effet au niveau de la violation des droits que la notion joue son rôle, que par la reconnaissance du préjudice que le juge considère comme constitué dès lors qu'existe une atteinte à la dignité humaine. L'on peut juger que la notion sert à shunter un raisonnement techniquement ardu sur le trouble dans les conditions normales d'existence, exercice difficile en milieu carcéral.

La décision rapportée est l'une des plus caractéristiques au sein d'un bouillonnement d'ordonnances accordant des indemnités dès lors que les détenus parviennent à prouver le caractère indigne de leur détention.

Le Conseil d'Etat n'a pas initié ce mouvement, mais l'a validé par une décision de section du 6 décembre 2013, Thevenot (n° 363290), tout en restreignant les conditions d'octroi des indemnités. L'objectif de cette décision de principe est, selon les termes du rapporteur public Delphine HEDARY, autant de « faciliter le travail des juges des référés, comme d'ailleurs des juges du fond et votre contrôle en cassation [que d'] éviter que le juge du référé provision ne soit utilisé comme une sorte de distributeur automatique d'indemnité à raison des conditions de détention ».

Il est notable que la décision de la CAA de Douai du 12 novembre 2009 soit citée dans les conclusions, et que le caractère quelque peu automatique de la reconnaissance d'une violation de la dignité humaine soit vivement contesté.

Le Conseil d'Etat, qui s'appuie ici implicitement sur la jurisprudence de la CEDH, indique que « l'appréciation du caractère attentatoire à la dignité des conditions de détention dépend notamment de leur vulnérabilité, appréciée compte tenu de leur âge, de leur état de santé, de leur handicap et de leur personnalité, ainsi que de la nature et de la durée

des manquements constatés et des motifs susceptibles de justifier ces manquements eu égard aux exigences qu'impliquent le maintien de la sécurité et du bon ordre dans les établissements pénitentiaires, la prévention de la récidive et la protection de l'intérêt des victimes ».

La portée de cette jurisprudence de principe est difficile à évaluer. Jusqu'à la décision Thévenot, les juridictions de fond n'ont guère accepté d'indemniser les requérants que dans des situations très caractérisées de détention de longue durée (entre 200 et 700 jours voir plus), au sein de cellules minuscules, sans cloisons de séparation pour les toilettes, etc.

La protection de la dignité de la personne humaine se résout en tout état de cause, en milieu carcéral, en de maigres indemnités dont l'obtention deviendra, au fil du temps, de plus en plus délicate sous l'influence de la jurisprudence Thevenot.

Il eut été envisageable de se passer de la dignité humaine pour fonder les recours indemnitaires liés aux mauvaises conditions de détention. La responsabilité de l'administration dans ce domaine peut être engagée par référence à la violation de normes sanitaires élémentaires. Si le Conseil d'Etat refuse de consacrer un *standard* de qualité, il ne semble toutefois pas impossible d'en élaborer un. Il en existe en matière de logement, il serait étonnant que l'élaboration de standards en milieu carcéral ne soit pas possible.

De la violation de ses obligations sanitaires par l'administration pénitentiaire pourrait découler la condamnation de l'Etat à indemniser les personnes ayant eu à en souffrir. Il n'y a guère besoin dans ce cas de recourir au biais de la dignité de la personne humaine.

En se référant à la dignité, et à la condition d'une violation de celle-ci pour ouvrir droit à indemnités, le juge administratif ajoute un critère. Or il n'est pas besoin d'être spécialiste de la matière pour comprendre qu'un critère supplémentaire rend l'indemnisation plus difficile.

Malgré ces limites et celles qui émergeraient d'une étude plus précise de la jurisprudence, qui dépasserait largement le cadre du présent article, l'on constate que la dignité humaine influe désormais, directement ou indirectement, sur l'appréciation juridique des conditions de détention.

Elle doit cependant être conciliée, comme en matière constitutionnelle, avec les impératifs de sécurité publique et surtout les restrictions budgétaires qui condamnent les prisons à une longue décrépitude et les prisonniers à une situation souvent insoutenable.

* * *

JURISPRUDENCE

Décisions du Conseil constitutionnel

Décision n°73-51 DC Loi de finances pour 1974

Décision n° 74-54 DC du 15 janvier 1975, Interruption volontaire de grossesse.

Décision n° 94-343/344 DC du 27 juillet 1994 - Loi relative au respect du corps humain et loi relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal

Décision n° 94-359 DC du 19 janvier 1995 - Loi relative à la diversité de l'habitat

Décision n° 96-377 DC du 16 juillet 1996 - Loi tendant à renforcer la répression du terrorisme et des atteintes aux personnes dépositaires de l'autorité publique ou chargées d'une mission de service public et comportant des dispositions relatives à la police judiciaire

Décision n° 98-403 DC du 29 juillet 1998 - Loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions

Décision n° 2001-446 DC du 27 juin 2001 - Loi relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception

Décision n° 2003-467 DC du 13 mars 2003 - Loi pour la sécurité intérieure

Décision n° 2004-498 DC du 29 juillet 2004 - Loi relative à la bioéthique

Décision n° 2004-503 DC du 12 août 2004 - Loi relative aux libertés et responsabilités locales

Décision n° 2006-539 DC du 20 juillet 2006 - Loi relative à l'immigration et à l'intégration

Décision n° 2007-557 DC du 15 novembre 2007 - Loi relative à la maîtrise de l'immigration, à l'intégration et à l'asile

LES MÉDECINS ET LES MALADES FACE AU DROIT

Anne LAUDE

*Agrégée des facultés de droit
Professeuse à l'Université René Descartes-Paris V*

Dès l'aube de l'humanité, les hommes ont invoqué les esprits et prié les dieux pour se protéger des mauvais sorts et de la maladie. Cette apparition de la médecine comme invention des dieux a eu sans aucun doute une influence essentielle sur les fondements de la relation singulière du médecin et du patient. Mais en se dégageant lentement de cette référence à l'aspect sacré de sa mission, la pratique de l'art médical s'est vue ensuite subordonnée au respect de deux règles essentielles : « *primum non nocere* » et la nécessité de dispenser des soins conformes aux données acquises de la science.

Dans cette rencontre singulière d'une confiance et d'une conscience, le droit a cependant acquis une place de plus en plus importante. Plusieurs facteurs ont participé à cette évolution. Néanmoins, et de manière paradoxale, c'est essentiellement le développement du progrès scientifique qui a contribué à faire perdre au médecin une part de son mystère et de son prestige. Dès lors que les avancées scientifiques ont permis de trouver un certain nombre de causes et de remèdes à de nombreuses maladies, l'autorité dont jouissait le médecin dans la pratique de son art s'est trouvée sinon affaiblie du moins sensiblement modifiée. Ce glissement progressif de la pratique de l'art médical vers la reconnaissance de la science médicale s'est accompagné de l'irruption du risque dans le colloque singulier du médecin et de son patient. La particularité du risque que le médecin peut faire courir à son patient et le développement corrélatif des exigences sécuritaires expliquent ainsi l'émergence du droit dans la relation médicale mais aussi la transformation opérée par le droit de la relation médicale. En effet, dès que le droit a innervé la relation médicale, il en a alors sensiblement modifié l'équilibre. Ainsi, en devenant acteur actif de sa santé, le patient revendique aussi des droits individuels et collectifs. Et la relation médecin-malade s'est alors sensiblement trouvée modifiée par cette immixtion du droit dans ce qui autrefois n'était qu'un colloque singulier.

L'ÉMERGENCE DU DROIT DANS LA RELATION MÉDICALE

Si par un arrêt du 26 juin 1696, le Parlement de Paris ¹ prononçait l'irresponsabilité pénale du médecin, ce temps-là est aujourd'hui révolu. En effet, les juridictions n'ont cessé depuis de se prononcer en faveur de la reconnaissance de la responsabilité des médecins. Certes, la responsabilité du médecin n'est pas la seule marque de l'émergence du droit dans la relation médicale, comme en témoignent les dispositions législatives qui introduisent une « procéduralisation » des actes de soins et plus particulièrement même des actes de procréation médicale assistée ². Toutefois, la mise en jeu de plus en plus systématique de la responsabilité du médecin aussi bien sur des fondements du droit civil que du droit pénal est le révélateur principal de l'émergence du droit dans la relation médicale. La judiciarisation de la médecine s'est par ailleurs accompagnée de la reconnaissance de droits en faveur des patients.

La reconnaissance de la responsabilité des médecins

Le 19^e siècle a fait entrer la relation médicale dans le droit. À partir de cette date en effet la jurisprudence condamne des médecins en retenant la mise en jeu de leur responsabilité. Ainsi, pour la première fois en 1835 la juridiction suprême affirme que le principe selon lequel toute personne causant un dommage à autrui est dans l'obligation de le réparer doit également s'appliquer aux médecins ³. Par la suite, l'arrêt *Mercier* a consacré en 1936 le passage de la responsabilité délictuelle à la responsabilité contractuelle ⁴. Cette décision a été déterminante dans l'orientation de la jurisprudence médicale. En effet, non seulement elle marque le passage d'une responsabilité délictuelle à une responsabilité contractuelle, mais elle est aussi le premier signe d'une volonté effective de prendre davantage en compte et de mieux satisfaire les aspirations des patients : en témoigne par exemple la substitution opérée de la prescription trentenaire à la prescription triennale seule admise jusque-là.

Par la suite, le développement de la jurisprudence de la Cour de cassation et du Conseil d'État n'a cessé de se renforcer dans un sens très favorable à la reconnaissance de la responsabilité des médecins au travers notamment de la banalisation de la notion de faute. Ainsi, le Conseil d'État n'a pas hésité à soustraire du régime de la faute lourde les actes de la pratique courante accomplis par un médecin en considérant qu'ils pouvaient être contestés sur le fondement d'une faute simple ⁵.

Si la responsabilité des médecins s'est trouvée ainsi largement accrue, c'est aussi parce que, dans le même temps, les obligations mises à la charge du médecin ont été renforcées. En effet, la jurisprudence a progressivement mis à la charge des professionnels de santé une obligation de résultat dans des hypothèses où traditionnellement il appartenait aux patients de démontrer la faute du médecin. Ainsi, lorsque le praticien exécute des actes de soins courants, met en œuvre des techniques fiables et éprouvées pour lesquelles l'aléa

1. Cité par Tabuteau (D.), in *La sécurité sanitaire*, Paris, Berger-Levrard, 2^e éd., 2002, p. 86.

2. Sur ce point, voir Laude (A.), « les obligations de procédure à l'occasion des soins », *Droit médical*, n° spécial, 2003.

3. Cass. civ. 18 juin 1835.

4. Cass. civ. 20 mai 1936, *DP* 1936.1.88 cl P. Matter.

5. CE 26 juin 1959, Rouzet, *AJDA*, 1959, p. 273.

médical est bien maîtrisé ou encore fournit matériel ⁶, produit ou prothèse, les tribunaux ont considéré qu'il était alors tenu à une obligation de résultat ⁷. Ce qui signifie que le praticien, débiteur de cette obligation, ne peut être exonéré de sa responsabilité que s'il prouve que le dommage provient d'une cause étrangère. De même, en mettant à la charge des médecins jugés responsable des infections nosocomiales une obligation de sécurité, la responsabilité de ces professionnels s'est trouvée considérablement accrue.

Cette judiciarisation de la relation médicale pouvait conduire à terme à une déresponsabilisation des professionnels de santé disposant d'une assurance pour tous les actes relevant de leur activité. Aussi, pour éviter cet effet pervers de la judiciarisation de la relation médicale et tout en réaffirmant la nécessité de la faute comme condition de mise en jeu de la responsabilité des professionnels, le législateur a considéré, notamment par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ⁸, que l'indemnisation de la victime pouvait être obtenue sur le fondement de l'aléa thérapeutique ⁹. Ce texte vient mettre un terme à la divergence de jurisprudence et donc par là même aux inégalités de traitement des victimes. En effet, depuis l'arrêt *Bianchi* ¹⁰ et à la condition que le préjudice soit exceptionnellement grave, les juridictions administratives admettaient que la victime puisse être indemnisée de la « fraction inacceptable du risque thérapeutique », selon les termes des conclusions du commissaire du gouvernement.

En revanche, malgré les progrès notables en faveur d'une plus grande protection des victimes, la jurisprudence judiciaire n'a pas été jusqu'à l'ouverture d'un droit à indemnisation. La Cour de cassation avait en effet affirmé par un arrêt du 8 novembre 2000 que « la réparation des conséquences de l'aléa thérapeutique n'entre pas dans le champ des obligations dont un médecin est contractuellement tenu à l'égard de son patient » ¹¹.

Désormais, le débat est clos puisque l'article L. 1142-2 du code de la santé publique crée un droit à l'indemnisation, au titre de la solidarité nationale, des accidents médicaux graves non fautifs. Plus généralement, cette préoccupation de la prise en compte et de la gestion des risques explique l'émergence dans notre droit du principe de précaution. L'incertitude de la présence des risques n'exonère plus en effet le praticien de sa responsabilité ¹². Si le droit est ainsi devenu un observateur attentif des actes accomplis par les professionnels de santé, il est aussi dans le même temps un partenaire actif à la reconnaissance des droits des patients.

L'affirmation du droit des patients

Le statut du malade a changé : de malade témoin et soumis, il est devenu malade informé, consommateur averti, revendicatif et co-gestionnaire de son état de santé, ayant par là même des exigences à satisfaire. Il est passé du statut de patient inerte et neutre, de patient objet, à celui de patient sujet actif qui exige d'être informé et de participer à la

6. Cass. civ 1^{re} 7 nov. 2000, *Dalloz*, 2000, n° 42, IR, p. 93.

7. Cass. civ 1^{re} 22 nov. 1994, *Bull.*, civ I, n° 340.

8. *JO* 5 mars 2002, p. 4118 s.

9. Art. L. 1142-1 du code de la santé publique (CSP).

10. Conseil d'État, 9 avril 1993, *Rec. Lebon*, p. 498 ; *AJDA* 1993, p. 383 et 384, obs. Maugué (C.) et Touvet (L.) ; *RFDA*, 1993, p. 573, conclusions Daël (S.) ; *JCP éd. G*, 1993, II, 22061, note Moreau (J.).

11. *D.*, 2001, inf. rap., p. 1284 ; *JCP*, éd. G, 2001, II, 10493, note Chabas (F.) ; *Droit et patrimoine*, janv. 2001, n° 2729, obs. Chabas (F.) ; *Gaz. Pal.* 17-19 déc. 2000, p. 48, note Bonneau (J.) ; *Médecine & Droit*, 2000, n° 43, p. 22.

12. Voir sur ce point Grosieux (P.), *Principe de précaution et sécurité sanitaire*, PUAM, 2003, spéc. p. 365 s.

décision et à la réalisation des soins. Ainsi, le patient s'est mis à revendiquer son implication et sa contribution dans l'élaboration de son traitement. Et déjà, cette revendication n'est plus seulement individuelle mais aussi collective.

1°) Une revendication individuelle

La légitimité du rôle des patients a été mise en exergue par la survenue de crises sanitaires¹³. À la différence d'autres pays européens¹⁴, ce n'est que très tardivement que la France a introduit dans sa législation la notion de droits des malades à l'occasion de la réforme hospitalière de 1991. Par la suite, le législateur a enrichi cette notion de quelques apports ponctuels concernant, par exemple, l'accès aux soins palliatifs ou au traitement contre la douleur. Mais, au travers de la notion de démocratie sanitaire, c'est essentiellement la loi du 4 mars 2002 qui a conduit à la reconnaissance, dans notre droit, d'un corpus de règles affirmant les droits fondamentaux de la personne face au système de santé. Les droits que le législateur a ainsi proclamés sont non seulement des droits qui se fondent sur le principe de l'autonomie de la personne mais aussi des droits qui relèvent de la protection de la personne.

Ainsi, au titre des droits reposant sur la volonté de la personne, c'est essentiellement le droit au consentement qui est au centre de la relation médecin patient. L'article L. 1111-4 du code de la santé publique précise en effet que « le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment ».

Le droit à l'information a ainsi été posé comme un principe essentiel à l'obtention de ce consentement. Ce droit du patient d'être informé fait donc désormais partie intégrante des droits fondamentaux de toute personne humaine. Il s'appuie sur les principes sur lesquels reposent les droits de l'homme : les principes d'autonomie et de dignité de toute personne. En effet, la personne humaine quel que soit son état, affaiblie, inconsciente, est porteuse des mêmes droits que lorsqu'elle est en bonne santé. C'est au regard de cette évidence parfois oubliée qu'il était devenu nécessaire d'affirmer ces droits dans un texte législatif.

C'est au titre de la démocratie que le patient, qui est co-décideur, doit être informé. Le respect des droits des personnes ne doit pas faire perdre de vue que la relation de soins est avant tout une relation humaine. Et le fait de donner au patient des informations sur son état de santé, de lui expliquer les actes dont il pourra faire l'objet ou de lui demander son avis après lui avoir expliqué différentes stratégies thérapeutiques, ne constituent pas des contraintes étrangères à cette relation, mais visent au contraire à la renforcer comme le sont également les revendications plus générales des patients.

13. Initialement, c'est le droit communautaire qui a contribué à l'affirmation du droit des patients. Ainsi, en 1984, le Parlement européen votait une résolution demandant l'élaboration d'une charte européenne des droits des patients, Auby (J. M.), « Aperçus sur la situation juridique du malade dans le système de santé français (médecine libérale) », *Les Petites Affiches*, 21 mai 1997, numéro spécial : « la situation juridique des patients », p. 4-8.

14. La Finlande et l'Espagne déposent depuis les années quatre-vingt des textes relatifs aux droits des malades. Voir OMS, *Recueil international de législation sanitaire*.

2°) Une revendication collective des droits du patient

Initialement, ce sont les malades atteints d'une même pathologie qui se sont regroupés comme par exemple les dialysés ou les malades atteints du sida¹⁵. Au-delà de leur vocation première de soutien aux malades et à leur famille, ces associations se sont progressivement affirmées comme des acteurs collectifs de soins. À ce titre, on soulignera la pression exercée par des associations de malades atteints du sida afin d'accélérer la procédure de mise sur le marché des tri-thérapies offrant une efficacité plus grande dans le traitement de la maladie, ou la concertation dont font parfois l'objet les associations de patients lors du retrait de certains médicaments¹⁶. Toutefois, la représentation des usagers ou des patients a longtemps eu du mal à s'émanciper car ils n'occupent qu'une place négligeable dans les instances décisionnelles. Et l'on a souvent souligné le paradoxe selon lequel les patients sont juridiquement absents de tous les organes de décision ainsi que de toute forme de discussion alors qu'ils sont les destinataires et les bénéficiaires de cette activité. Aussi, progressivement le droit s'est-il organisé pour offrir une représentation collective aux patients. Des représentants des usagers ont été désignés au sein de différents conseils d'administration d'établissements publics de santé¹⁷.

Mais c'est essentiellement la loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades et la qualité du système de santé qui instaure une véritable représentation collective des patients dans le cadre d'un titre relatif à « la participation des usagers au fonctionnement du système de santé ». Désormais, en vertu des dispositions de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique, les associations d'usagers répondant à certaines conditions se voient reconnaître des droits. Elles se voient essentiellement accorder la possibilité d'exercer les droits reconnus à la partie civile : en vertu des dispositions de l'article L. 1114-2 du code de la santé publique, lorsque l'action publique a été mise en mouvement par le ministère public ou la partie lésée et sous réserve de l'accord de la victime, elles pourront exercer les droits reconnus à la partie civile. Les associations de santé se voient ainsi reconnaître un certain nombre de droits favorisant l'expression de la démocratie sanitaire. À ce titre, elles représentent les usagers dans diverses instances¹⁸.

Le développement de cette participation devrait non seulement conduire à développer le dialogue d'une part, entre professionnels de santé et patients, et d'autre part, entre les pouvoirs publics, les établissements publics et les usagers du système de santé. Il devrait également permettre d'associer davantage les usagers. En effet, ce n'est qu'en renforçant l'échange et le partage d'informations entre les différents partenaires que l'on pourra assurer une meilleure vigilance et la sécurité sanitaire indispensable¹⁹. Enfin, plus généralement, on peut s'interroger sur le rôle que pourraient être amenées à jouer ces associations de patients si notre droit venait à prendre en compte les *class-action*. Cela conduirait inévitablement à une transformation des relations médecins-patients.

15. En effet, l'analyse des comportements des consommateurs de soins semble indiquer qu'il n'existe pas un groupe homogène mais différentes catégories de personnes dont la vulnérabilité justifie une protection particulière. Voir Pansier (F. J.) et Garay (A.), *Le médecin, le patient et le droit*, Paris, ENSP, 1999, p. 14.

16. En ce sens, voir la décision de retrait de l'insuline 40 UI à l'insuline 100 UI prise le 30 mars 2000 par l'AFSSAPS (l'Agence de sécurité sanitaire des produits de santé) et notamment les associations de diabétiques.

17. Art. L. 6143-5 CSP institué par l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996.

18. Plus généralement sur ce point, voir Laude (A.), « Les droits collectifs des usagers du système de santé », *les Petites Affiches*, n° spécial, juin 2002.

19. En ce sens, voir Tabuteau (D.), *La sécurité sanitaire, op. cit.*, 1^{re} éd., p. 127 et s.

Bibliographie

Ouvrages :

BADEL Maryse, CHARBONNEAU Alexandre, LEROUGE Loïc. *Droit de la santé et de la sécurité au travail*. Lextenso éditions, 2018. 156 p.

DUROCHÉ Jean-Philippe, PÉDRON Pierre. *Droit pénitentiaire*. Éditions Vuibert, 2016. 496 p.

FAVOREU Louis, GAIA Patrick, GHEVONTIAN Richard, MÉLIN-SOUCRAMANIEN Ferdinand, PENA Annabelle, PFERSMANN Otto, PINI Joseph, ROUX André, SCOFFONI Guy, TREMEAU Jérôme. *Droit des libertés fondamentales*. Dalloz – Précis, 7^{ème} édition. 2015. 774 p.

LAUDE Anne, TABUTEAU Didier. *La loi santé : Regards sur la modernisation de notre système de santé*. Presses de l'EHESP, 2016. 480 p.

LETTERON Roseline. *Libertés publiques*. Dalloz – Précis, 9^{ème} édition. 2012. 600 p.

LEVY Isabelle. *La religion à l'hôpital*. Presses de la Renaissance, 2004. 330 p.

MICHEL Michel, THIRION Jean-Michel, SIONNET Christine. *La violence à l'hôpital : prévenir, désamorcer, affronter*. Éditions Lamarre, 2015. 252 p.

Articles :

BANTMAN Patrick. *La liberté d'aller et venir en psychiatrie. Entre l'exigence de la loi, l'éthique et la réalité des pratiques*. L'information psychiatrique 2010/4 volume 86. p. 293-297

BENALLAH Samia, DOMIN Jean-Paul. *Réforme de l'hôpital : quels enjeux en termes de travail et de santé des personnels ?* La revue de l'Ires 2017/1 n°91-92. p. 155-183

BRAS Pierre-Louis. *Hôpitaux : vers un même niveau d'exigence pour la performance qualité que pour la performance économique ?* Les tribunes de la santé 2012/2 n°35. p. 29-41

CARRA Cécile. *Violences dans le secteur sanitaire et médico-social : ce que les professionnels disent de ce qu'ils vivent*. Le sociographe 2016/4, n°56. p. 25-37

CINTAS Caroline. *Violence des échanges en milieu extrême : que peut faire le management ? Humanisme et entreprise*, 2010/1, n°296. p. 61-79

COSSALTER Philippe. *La dignité humaine en droit public français : l'ultime recours*. Revue générale du droit, Études et réflexions 2014, n°4. 26 p.

DELGA Jacques, RAJKUMAR Abiramy. *Le harcèlement moral au regard du Code du travail et de la jurisprudence contemporaine*. Journal du droit des jeunes 2005/4, n°244. p. 12-20

GÉNOT-POK Isabelle, POPPE Clothilde. *Laïcité à l'hôpital. Un principe constant et uniforme, une pratique de terrain évolutive et variée*. Revue hospitalière de France n°566, 2016. p. 8-13

GUICHARD Fabienne. *La médiation professionnelle au service du management hospitalier*. Revue hospitalière de France n°585, 2018. p. 24-28

JASPARD Hubert. *Confiance et dialogue à l'hôpital : pensons global, agissons local*. Revue hospitalière de France n°585, 2018. p. 16-18

KANOUI-MEBAZAA Valérie, VALANTIN Marc-Antoine. *La santé en prison*. Les tribunes de la santé 2007/4 n°17. p. 97-103

LAUDE Anne. *Les médecins et les malades face au droit*. Revue française d'administration publique 2005/1, n°113. p. 113-120

LEBRUN Jean-Pierre. *Entretien avec Jacques WEIZSENFELD, directeur d'hôpital*. La revue lacanienne 2009/2 n°4. p. 40-46

LEFEUVRE-DARNAJOU Karine. *La violence en milieu hospitalier : de la prévention à la sanction de la violence par le droit*. Médecine & Droit, 2004. p. 54-66

LEONARD Jean-Marie. *Les conditions de travail du personnel soignant*. Santé conjugulée n°27, 2009. p. 60-64

MANANGA Francisco, *L'exercice du « droit de retrait » en travail social face aux violences des usagers*. Journal du droit des jeunes 2005/7 n°247. p. 40-43

MOLINIER Pascale. *Souffrance, défenses, reconnaissance*. Le point de vue du travail. Nouvelle revue de psychosociologie 2010/2 n°10. p. 99-110

MORISSET Jérôme. *Isolement et contention en psychiatrie, facteurs d'influence et alternatives*. Recherche en soins infirmiers 2018/1 n°132. p. 78-90

PAULIAT Hélène. *L'évolution de la pensée du juge administratif en matière de laïcité*. Les cahiers de la justice 2018/3 n°3. p. 455-466

PAUTHE Nicolas. *Les récentes évolutions de la protection fonctionnelle du fonctionnaire*. Revue française d'administration publique 2018/2 n°166. p. 371-386

POIROT-MAZÈRES Isabelle. *Du service public en ses contradictions*. Journal du Droit Administratif – Chronique Transformation(s) du Service Public ; art. 198. 2017

POTTIER Philippe. *Repenser la peine de prison après la loi du 24 novembre 2009*. Pouvoirs 2010/4 n°135. p. 149-158

TARTAKOWSKY Pierre. *Souffrance au travail : que faire de la dignité ?* Homme & Libertés n°154, 2011. p. 26-29

TESSON Fabien. *Les avancées de la protection fonctionnelle*. La semaine juridique administrations et collectivités territoriales n°14, 2019. 6 p.

Rapports :

MICHOT Francis, LAUNOIS Bernard, BERTRAND Dominique, BRINGER Jacques, DEGOS Laurent, OLIE Jean-Pierre, THUILLEZ Christian. *L'hôpital public en crise*. Académie Nationale de Médecine. 2019. 28 p.

Observatoire National des Violences en Milieu de Santé. *Rapport 2019* (données 2018.) Direction Générale de l'Offre de Soins. Ministère des Solidarités et de la Santé. 138 p.

Observatoire National des Violences en Milieu de Santé – *Rapport 2018* (données 2017.) Direction Générale de l'Offre de Soins. Ministère des Solidarités et de la Santé. 83 p.

Observatoire National des Violences en Milieu de Santé. *Rapport 2017* (données 2015 et 2016.) Direction Générale de l'Offre de Soins. Ministère des Solidarités et de la Santé. 62 p.

Table des matières

Remerciements

Sommaire

Liste des abréviations

Introduction	1
La santé, première approche	1
Présentation des professionnels de santé, entre devoirs et obligations	2
Le patient, sujet devenu le centre de gravité à l'hôpital	2
L'affirmation de la présence des incivilités et de la violence à l'hôpital	3
L'émergence de la réglementation hospitalière en matière de sécurité	4
La création d'un Observatoire dédié aux violences et incivilités dans les établissements sanitaires	4
<u>Première partie</u> : État des lieux : la dimension humaine des soins désavouée par la recrudescence des violences et des incivilités à l'hôpital	6
Chapitre 1 : La violence, une réalité inconfortable pour le personnel hospitalier	6
<u>Section 1</u> : Des violences confirmées par l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé	6
<u>Paragraphe 1</u> : Sources et analyses de la violence à l'hôpital	6
A) La transformation de l'institution hospitalière, un constat affirmé	7
1) Éléments de contexte général	7
2) Les répercussions à l'hôpital : prévenir pour mieux agir	8
B) L'interprétation des résultats délivrés par l'ONVS	9
1) Approfondissement de la notion de violence à l'hôpital	9
2) Les urgences et le secteur psychiatrique, points névralgiques à l'hôpital	9
<u>Paragraphe 2</u> : Éléments de contexte et violence, quelles conséquences dans la relation médicale et dans les conditions de travail ?	10

A) Les impacts dans la relation médicale	11
1) Des règles éthiques et déontologiques amoindries	11
2) Un affaiblissement du sens relationnel confirmé par des études	11
B) Les répercussions dans les conditions de travail	12
1) La notion de conditions de travail, un glissement progressif vers l'hôpital	12
2) Les conséquences de l'environnement hospitalier sur les conditions de travail	13
<u>Section 2</u> : Les tensions à l'hôpital, un phénomène complété par les revendications religieuses	14
<u>Paragraphe 1</u> : L'hôpital, entre convictions religieuses et limites	14
A) Le respect du principe de laïcité dans la fonction publique hospitalière	15
1) Les droits et les devoirs des usagers et des agents publics	15
2) Les restrictions des convictions religieuses à l'hôpital	16
B) L'interaction entre médecine et religion : un sentiment d'inconfort grandissant	17
1) Un principe directeur mais fragilisant le service public hospitalier	17
2) La laïcité à l'hôpital, une notion marquée par des ambiguïtés	18
<u>Paragraphe 2</u> : Les difficultés liées aux interdits religieux	19
A) Les difficultés liées aux convictions religieuses : le cas de la transfusion sanguine	19
1) La doctrine relative aux Témoins de Jehova	19
2) Refus de soins et répercussions dans la relation médicale	20
B) Les difficultés liées aux convictions religieuses : l'importance du personnel hospitalier de sexe féminin	21
1) La gynécologie-obstétrique, une spécialité exposée aux convictions religieuses	21
2) La lutte contre le rapport de forces dans la relation médicale	22

Chapitre 2 : Le rôle des acteurs locaux et nationaux pour rétablir une réelle adéquation entre la pratique et le droit à l'hôpital 23

Section 1 : La vertu structurante des règles institutionnelles au sein de l'hôpital, gage de la gestion des événements de violence 23

Paragraphe 1 : Le rôle des acteurs internes et externes pour concilier qualité de vie au travail, prévention contre les violences et qualité des soins 23

A) La gestion hospitalière : un défi confié aux acteurs locaux pour apaiser les tensions 23

1) Prévenir la violence par la création d'instances à l'hôpital 23

2) Prévenir la violence par la définition d'un cadre normatif accepté et acceptable 24

B) L'évaluation du secteur hospitalier : un enjeu de santé publique 25

1) La médecine d'urgences, une préoccupation des pouvoirs publics 25

2) Les effets des dispositifs d'évaluation dans le secteur hospitalier 26

Paragraphe 2 : Promouvoir la sensibilisation et la formation des professionnels de santé, une garantie supplémentaire pour lutter contre la violence 27

A) Sensibilisation et formation professionnelle pour faire face à la violence, état des lieux 27

1) La sensibilisation à la violence, un domaine devenu prégnant à l'hôpital 28

2) Des formations professionnelles axées sur la sécurité et la lutte contre la violence 28

B) La médiation : un outil répandu au sein des hôpitaux pour neutraliser la violence 29

1) Le recours à la médiation à l'hôpital 29

2) Les avantages de la médiation professionnelle dans la relation médicale 30

Section 2 : Le directeur d'hôpital, une autorité aux prérogatives étendues pour faire régner l'ordre public 31

Paragraphe 1 : Le directeur, une autorité hiérarchique disposant d'un pouvoir de police à visée préventive de police administrative 31

A) Maintien de l'ordre public et sécurité : les justifications des prérogatives du directeur d'hôpital 31

1) Prémices et justifications des pouvoirs du directeur : une autonomisation croissante	31
2) Le directeur, véritable garant de l'ordre public	32
B) Des prérogatives justifiées par un contexte caractérisé par la violence	33
1) L'inflation législative en matière de sécurité	33
2) La complémentarité entre corps médical et corps administratif, une articulation essentielle	34
<u>Paragraphe 2</u> : Des fonctions et des prérogatives conséquentes nuancées par des limites juridictionnelles et financières	35
A) La limitation des pouvoirs du directeur d'hôpital par le contrôle du juge administratif	35
1) Des mesures de police administrative limitées par le principe de proportionnalité	35
2) Sécurité et libertés individuelles, une difficile articulation	36
B) L'insuffisance de moyens financiers, un élément défavorable à la gestion hospitalière	37
1) Les effets de la tarification à l'activité à l'hôpital	37
2) L'affaiblissement des valeurs médicales au profit des intérêts économiques	38
<u>Deuxième partie</u> : État du droit : la recherche du rétablissement d'un climat de confiance à l'hôpital comme objectif et priorité publics	39
Chapitre 1 : La politique volontariste du législateur pour préserver la sûreté à l'hôpital	39
<u>Section 1</u> : La protection juridique du personnel hospitalier face à l'incivilité et à la violence	39
<u>Paragraphe 1</u> : La protection juridique, un droit en faveur du personnel hospitalier	40
A) Le droit à la protection juridique	40
1) Une reconnaissance élargie au harcèlement moral par les juridictions administratives	40
2) L'extension législative par la loi du 20 avril 2016	41
B) Une obligation inhérente à l'employeur public	42

1) Les obligations incombant à l'administration	42
2) Une protection complétée par la mobilisation de multiples acteurs	42
<u>Paragraphe 2</u> : L'apologie et les limites de la protection de la santé au travail	43
A) Les justifications de la protection fonctionnelle	43
1) Les raisons d'être de la protection fonctionnelle dominées par l'intérêt général	44
2) Les illustrations jurisprudentielles	44
B) Les limites de la protection fonctionnelle	45
1) Les risques psychosociaux, un motif exclu du domaine de la protection fonctionnelle	45
2) L'évolution progressive de la jurisprudence concernant les gestes suicidaires	46
<u>Section 2</u> : Un encadrement législatif amplifié en faveur de la communauté hospitalière dans les unités sensibles	47
<u>Paragraphe 1</u> : Les conditions de travail des agents hospitaliers dans le secteur psychiatrique	47
A) L'analyse de la relation médicale à l'hôpital psychiatrique	47
1) Un secteur confronté à la violence	48
2) Liberté et sécurité, une difficile articulation dans le secteur psychiatrique	48
B) Gestion de la violence et protection des agents	49
1) Le rôle majeur des acteurs internes et externes dans le secteur psychiatrique	49
2) L'exercice du droit de retrait, une garantie supplémentaire pour les agents	50
<u>Paragraphe 2</u> : Les conditions de travail des agents hospitaliers dans le milieu pénitentiaire	51
A) La prise en charge médicale des détenus, état des lieux	51
1) Les soins en milieu carcéral et les difficultés professionnelles	51
2) La reconnaissance des droits inhérents aux personnes détenues par le juge européen	52
B) Le fonctionnement imparfait du système de soins dans le milieu pénitentiaire	53

1) Le cadre juridique du système de soins en milieu carcéral	53
2) Secret médical et milieu carcéral, une difficile articulation	54
Chapitre 2 : L'articulation étroite entre le monde judiciaire et le monde sanitaire pour préserver les droits fondamentaux	55
<u>Section 1</u> : Le développement de la relation tripartite Hôpital – Police – Justice, un appui essentiel pour maintenir l'ordre dans les établissements de santé	55
<u>Paragraphe 1</u> : L'intervention des autorités régaliennes pour accroître la sécurité au sein des hôpitaux	55
A) La multiplication des protocoles et des conventions pour intégrer la culture de la sécurité	55
1) Les objectifs du législateur en matière de sécurité dans les hôpitaux	55
2) L'engagement du Ministère de la Justice	56
B) L'intervention des forces de l'ordre pour combler l'incompétence régalienne de l'hôpital	57
1) Le fondement du rôle de l'immixtion des forces de l'ordre à l'hôpital	57
2) Le renforcement du rôle des forces de l'ordre à l'hôpital	58
<u>Paragraphe 2</u> : Le soutien local et régional pour optimiser la gouvernance à l'hôpital	58
A) Le rôle du maire dans le maintien de l'ordre public	59
1) Les pouvoirs généraux du maire	59
2) Les pouvoirs limités du maire au sein des hôpitaux	60
B) L'impact des Agences Régionales de Santé sur le fonctionnement de l'hôpital	61
1) Le rôle des Agences Régionales de Santé	61
2) Le renforcement croissant des missions des Agences Régionales de Santé	61
<u>Section 2</u> : Répondre aux principes du droit positif, la justification majeure pour éradiquer la violence à l'hôpital	62
<u>Paragraphe 1</u> : La volonté effective de préserver les droits fondamentaux dans la société	62
A) La protection des libertés individuelles	62
1) La consécration du droit à la dignité de la personne humaine	63

2) Le droit à la protection de la santé, un droit intimement lié aux conditions de travail	63
B) La protection des libertés collectives	64
1) La reconnaissance du droit au travail et à l'emploi	64
2) Le droit de grève dans la fonction publique hospitalière	65
<u>Paragraphe 2</u> : L'apparition du droit de la consommation dans la relation médicale	65
A) L'entrée progressive du droit de la consommation dans le monde sanitaire	66
1) Le droit de la consommation, première approche	66
2) L'immixtion du droit de la consommation dans la relation médicale	66
B) Les effets du droit de la consommation dans la relation médicale	67
1) Un nouveau statut conféré au patient, au détriment des professionnels de santé ?	67
2) Les interrogations sur le devenir de la relation médicale	68
Conclusion	69

Annexes

Annexe 1 :

La dignité humaine en droit public français : l'ultime recours. COSSALTER Philippe. Revue générale du droit, Études et réflexions 2014, n°4

Annexe 2 :

Les médecins et les malades face au droit. LAUDE Anne. Revue française d'administration publique 2005/1 n°113. p. 113-120

Bibliographie

Résumé

La violence et les incivilités à l'hôpital sont aujourd'hui devenues un enjeu de santé publique. Des rapports gouvernementaux et l'analyse d'experts confirment ces animosités.

Ces situations sont le reflet d'une lutte progressive afin d'accompagner le personnel hospitalier, victime de tels agissements. Les relations dans le monde sanitaire sont désormais transformées, fragilisées et marquées par le non-respect.

Les pouvoirs publics s'efforcent d'apporter des réponses concrètes pour apaiser les tensions dans les rapports soignant/soigné. Pour ce faire, de nombreux acteurs, tant internes qu'externes, se mobilisent pour résoudre les problématiques liées aux comportements malveillants des usagers du service public hospitalier.

Cependant, l'enrichissement constant des droits des patients ainsi que l'émergence du droit de la consommation entravent le devenir de la relation entre ces deux protagonistes. La générosité du législateur, en prônant les droits et les libertés des patients, serait-elle le facteur explicatif de cette dégradation relationnelle ?

Summary

Nowadays, violence and incivility at hospital are at stake for the public health care system. Multiple governmental reports and experts analysis acknowledge these animosities.

These situations reflects a growing struggle required to support the hospital staff, victim of such violent acts. Henceforth, relationships within the health care system have been transformed, weakened and marked by lack of respect.

Public administration endeavors to provide real answers to ease patient/medical staff relationship. In that frame, several internal or external actors are involved to fix issues linked with malevolent behavior committed by public health care system customers.

However, patient rights continuous growth as well as arising consumption right impede the future of this relationship. Lawmaker generosity with regards to patient rights and freedom would be an explanation of such relational decay, wouldn't it ?