

Université de Rennes – UFR Droit et Science Politique
École des Hautes Études de la Santé Publique

Mémoire du diplôme de Master 2
Droit de la santé
Parcours « Droit et Éthique des professions de santé et des institutions
sanitaires »

LA PROTECTION DES SOIGNANTS CONTRE LES VIOLENCES SUBIES À L'HÔPITAL

Sixtine BERTE

Septembre 2024

Sous la direction de Madame Marie-Laure MOQUET-ANGER,
Professeur agrégé de droit public à l'Université de Rennes.

Membres du jury

- Monsieur Carl ALLEMAND, Enseignant-chercheur à l'EHESP
- Madame le Professeur Marie-Laure MOQUET-ANGER



Université de Rennes – UFR Droit et Science Politique
École des Hautes Études de la Santé Publique

Mémoire du diplôme de Master 2

Droit de la santé

Parcours « Droit et Éthique des professions de santé et des institutions
sanitaires »

LA PROTECTION DES SOIGNANTS CONTRE LES VIOLENCES SUBIES À L'HÔPITAL

Sixtine BERTE

Septembre 2024

Sous la direction de Madame Marie-Laure MOQUET-ANGER,
Professeur agrégé de droit public à l'Université de Rennes.

Membres du jury

- Monsieur Carl ALLEMAND, Enseignant-chercheur à l'EHESP
- Madame le Professeur Marie-Laure MOQUET-ANGER

La faculté de droit et de science politique de l'université de Rennes et l'EHESP n'entendent pas donner ni approbation ni improbation aux propos émis dans ce mémoire. Ces propos doivent être considérés comme propres à leur auteur.

REMERCIEMENTS

À madame Marie-Laure MOQUET-ANGER, pour avoir accepté de diriger ce mémoire et pour sa disponibilité durant cette année. Ses conseils avisés ont été précieux tout au long de ce travail.

À monsieur Carl ALLEMAND, pour avoir accepté d'être membre du jury et pour le temps consacré à la lecture de ce mémoire.

À mes tutrices de stages, madame Oriane LE GABELLEC, attachée d'administration au CHU de Nantes et madame Nadine RAMPON, directrice du département d'addictologie aux Apsyades, pour nos échanges qui m'ont permis de donner à ce mémoire une perspective pratique.

À mes amis et mes camarades de promotion pour ces deux années de master passées avec eux.

À ma famille, qui m'a soutenue tout au long de mes études et a accepté de prendre du temps pour relire ce mémoire.

SOMMAIRE

INTRODUCTION

PARTIE 1 : AGIR AVANT LA VIOLENCE : FAIRE DE LA PRÉVENTION

CHAPITRE 1. La prévention à destination des soignants : informer pour lutter contre les violences.

CHAPITRE 2. La prévention à destination des potentiels auteurs de violences : dissuader d'un passage à l'acte.

PARTIE 2 : AGIR APRES LA VIOLENCE : PENSER LA PROTECTION DE L'ENSEMBLE DU PERSONNEL

CHAPITRE 1. Protéger le soignant victime : une nouvelle lecture de la protection fonctionnelle pour un rétablissement complet.

CHAPITRE 2. Protéger son personnel : condamner les auteurs des violences.

CONCLUSION

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ARS	Agence régionale de santé
CA	Cour d'appel
CAA	Cour administrative d'appel
CADA	Commission d'accès aux documents administratifs
Cass.	Cour de cassation
CE	Conseil d'État
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CNG	Centre national de gestion
Cons. Constit.	Conseil constitutionnel
Crim.	Chambre criminelle
CSE	Comité social et économique
DGARS	Directeur général de l'Agence régionale de santé
DGCNG	Directeur général du Centre national de gestion
ITT	Incapacité totale de travail
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONVS	Observatoire national des violences en milieu de santé
QPC	Question prioritaire de constitutionnalité
RGPD	Règlement général sur la protection des données
Sect.	Section
Soc.	Chambre sociale
TA	Tribunal administratif
TC	Tribunal des conflits

INTRODUCTION

« *Il faut être malade pour s'en prendre à un professionnel de santé* »¹, ce message incisif est celui de la campagne publique créée par le Ministère chargé de la santé qui a été diffusée à partir de décembre 2023 sur les réseaux sociaux et placardée dans les établissements de santé et les cabinets libéraux. L'objectif est de sensibiliser la société sur les violences à l'égard des professionnels de santé, car aujourd'hui, 65 professionnels sont victimes d'agressions physiques et mentales par jour. Ce nombre alarmant ne peut que nous questionner : notre société est-elle devenue malade ?

Ce chiffre représente tous les professionnels de santé indépendamment de leur statut d'exercice : libéral, en établissement de santé public, privé à but lucratif ou non lucratif. Au cours de ce développement, la réflexion se concentrera exclusivement sur les professionnels de santé travaillant au sein de l'hôpital, c'est-à-dire un établissement public de santé qui assure, dans les conditions prévues par le Code de la santé publique, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes et mène des actions de prévention et d'éducation de la santé². Ce sont les hôpitaux de proximité, les centres hospitaliers, les centres hospitaliers régionaux et les centres hospitaliers universitaires.

Selon le rapport de l'Observatoire national des violences en milieu de santé, les signalements transmis proviennent majoritairement des hôpitaux publics (92,9% des signalements en 2021³). Plusieurs suppositions peuvent être faites vis-à-vis de ce constat : premièrement la majorité des situations de violences se concentreraient dans les établissements publics et/ou, deuxièmement, les signalements ne seraient effectués que par les hôpitaux publics car ils seraient les seuls à se préoccuper sérieusement de cette problématique de violences. Ces

¹ Ministère du travail, de la santé et des solidarités. (2023, décembre). *Il faut être malade pour s'en prendre à un professionnel de santé*. Dans *sante.gouv.fr*. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/affiche_a3_violences_gp_hopital_hd-2.pdf

² Article L61111-1 Code de la santé publique.

³ Observatoire national des violences en milieu de santé. (2022). Rapport 2022 : Données 2020 et 2021, 13 Dans *sante.gouv.fr*. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_rapport_onvs_2022_donnees_2020-2021_.pdf

deux raisons justifieraient de se concentrer sur ce type d'établissement, cependant, une partie des mesures qui seront énoncées pourront être transposées dans les établissements privés.

Pour protéger efficacement, il faut nécessairement cibler la communauté à protéger. À l'hôpital, tout membre du personnel peut être victime de violences, puisqu'ils sont en contact avec des collègues et/ou avec des usagers. La réflexion se concentrera strictement aux soignants, c'est-à-dire les personnes prodiguant des soins ou assistant la personne qui prodigue les soins⁴. Ils constituent la plus grande part du personnel à l'hôpital, bien que, là encore, les mesures proposées pourront être appliquées aux autres agents. Le Code de la santé publique répertorie les professionnels de santé en trois catégories, premièrement les professions médicales⁵ que sont les médecins, les sages femmes et les chirurgiens-dentistes ; deuxièmement, la catégorie des professions de la pharmacie et de la physique médicale⁶ qui concerne majoritairement les pharmaciens ; troisièmement, une dernière catégorie d'auxiliaires médicaux⁷ regroupant les infirmiers, les aides-soignants, les auxiliaires de puériculture, les ambulanciers, les assistants dentaires, les assistants de régulation médicale, *etc.* Doivent également être pris en compte, les internes et les étudiants travaillant à l'hôpital.

Les violences que subissent ces professionnels sont de différentes natures. Communément, la violence, venant du terme latin *vis* qui signifie force/puissance, est définie comme une « *force exercée par une personne ou un groupe de personnes pour soumettre, contraindre quelqu'un ou pour obtenir quelque chose* »⁸. Cette contrainte exercée peut être physique ou morale. Le terme de violence renvoie à des faits et à des actions qui ne prennent le caractère de violence que lorsqu'ils enfreignent une norme⁹.

Dans la norme, la violence a plusieurs définitions en fonction de la branche du droit qui l'a définie. Dans le domaine de la santé, l'OMS définit la violence comme « *la menace, l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre autrui ou contre un groupe, une communauté qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un maldéveloppement ou des privations* »¹⁰. Pour notre développement, cette dernière sera retenue, en ce qu'elle se concentre principalement sur la

⁴ SOIGNANTS : définition de SOIGNANTS. (s. d.). <https://www.cnrtl.fr/definition/soignants>

⁵ Code de la santé publique, Partie IV Livre Ier

⁶ Code de la santé publique, Partie IV Livre II

⁷ Code de la santé publique, Partie IV Livre III

⁸ VIOLENCE : définition de VIOLENCE. (s. d.). <https://www.cnrtl.fr/definition/violence>

⁹ Michaud, Y. (2014). Définir la violence ? Les Cahiers Dynamiques, n° 60, 30-36.

¹⁰ Krug, E., Dahlberg, L. et al. (2002), Rapport mondial sur la violence et la santé, OMS, 5.

personne de la victime et non sur le matériel. En effet, s'il n'est pas contesté que la dégradation du matériel de l'hôpital puisse être une violence psychologique pour les soignants en ce qu'il va impacter leur moral, la réflexion portera sur les violences exercées directement sur leur personne.

Concrètement, l'ONVS a établi une grille pour identifier les différentes formes de violences. Cet Observatoire est une institution placée au sein de la Direction générale de l'offre de soins. Il a pour mission de coordonner et d'évaluer les politiques pour la sécurité des professionnels de santé dans les établissements sanitaires, mises en œuvre par différents acteurs sur l'ensemble du territoire. Pour remplir sa mission, l'observatoire recueille depuis 2005, des signalements de la part des établissements de santé public, privé à but lucratif et non lucratif. Ces signalements, volontaires, sont relatifs à des atteintes aux personnes et aux biens. Depuis 2020, il recueille également des signalements de la part de professionnels de santé libéraux.

En se fondant sur le droit pénal, l'ONVS a conçu une « échelle de gravité des signalements »¹¹. Le premier niveau concerne les incivilités, injures, insultes et provocations sans menaces, consommations ou trafics de substances, chahut, occupations des locaux, nuisances, salissures. Le second niveau vise les menaces de mort, les atteintes à l'intégrité physique de la personne ou de ses biens, et le port d'armes. Le troisième niveau vise les violences volontaires sans armes, les menaces avec armes et les agressions sexuelles. Enfin, le quatrième niveau concerne les violences volontaires avec arme ou objet utilisé comme tel, les viols et tout autre fait qualifié de crime.

Ces violences peuvent constituer des infractions renvoyant, par conséquent, au droit pénal. Pour qu'il y ait infraction, il faut la réunion de trois éléments : un élément matériel, c'est-à-dire une action, un élément légal, la loi doit prévoir la condamnation de ces faits, et un élément moral, l'auteur des faits avait l'intention de les commettre et d'arriver aux conséquences logiques de cet acte.

S'interroger sur les violences que subissent les professionnels de santé, oblige à s'interroger sur l'identité des auteurs et leurs raisons. En analysant le rapport de l'ONVS, on peut identifier quatre types d'auteurs¹².

¹¹ Observatoire national des violences en milieu de santé. (2022). Rapport 2022 : Données 2020 et 2021, 188. Dans *sante.gouv.fr*. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_rapport_onvs_2022_donnees_2020-2021_.pdf

¹² Observatoire national des violences en milieu de santé. (2022). Rapport 2022 : Données 2020 et 2021, 57. Dans *sante.gouv.fr*. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_rapport_onvs_2022_donnees_2020-2021_.pdf

Tout d'abord il y a le personnel qui constitue 3,8 % des auteurs de faits signalés en 2021. Dans ces cas, la violence est surtout verbale et les motifs sont principalement « *des incompatibilités de caractère* », « *une volonté de domination, conflits de pouvoirs et rivalités professionnelles* » et « *des mésententes et conflits sur des règles de fonctionnement et d'organisation administrative du service* »¹³.

La deuxième catégorie concerne les usagers du service public hospitalier, à savoir les patients, qui constituent 70,5 % des auteurs des faits signalés en 2021. Les raisons des violences sont diverses, selon l'ONVS, on peut les classer en 3 groupes. Premièrement, il y a un facteur de violence dû à l'état du patient. Cela vise les patients ayant des troubles psychiatriques, des personnes sous l'emprise d'alcool, de drogues qui peuvent avoir des réactions disproportionnées et violentes. On peut aussi inclure dans ce groupe, les personnes fragiles ayant des tendances suicidaires et qui essaient de passer à l'acte. Cela peut être une violence psychologique pour les soignants qui les prennent en charge, ou des violences physiques lorsque ces derniers essaient d'empêcher le patient. Deuxièmement, il y a un facteur lié à l'individualisme présent dans notre société qui rend le malade impatient et agressif lorsqu'il rencontre des contrariétés et irrespectueux des règles de vivre ensemble. Enfin, il existe un facteur de violence lié à la détérioration de l'accès aux soins : le délai parfois long pour avoir des soins et certaines pratiques peu respectueuses de la personne du patient expliqueraient le comportement des patients.

La troisième catégorie d'auteurs vise l'entourage du patient, qui constitue, en 2021, 19,3 % des auteurs des violences signalées. Les raisons de tels comportements sont similaires à celles du patient, à savoir l'individualisme de notre société et la détérioration de la qualité de soins pour leur proche hospitalisé.

Enfin, la quatrième catégorie regroupe les personnes extérieures à l'établissement qui ne viennent que pour des raisons malveillantes. Ils sont auteurs de 6,4 % des faits signalés en 2021.

Face à ces violences, une protection est nécessaire. Communément définie comme une « *action ou fait de soustraire quelqu'un ou quelque chose à un danger, à un risque qui pourrait lui nuire* »¹⁴, la protection peut être entendue dans un sens plus large. En effet, si l'on se rapporte

¹³ Observatoire national des violences en milieu de santé. (2022). Rapport 2022 : Données 2020 et 2021, 60 Dans *sante.gouv.fr*. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_rapport_onvs_2022_donnees_2020-2021_.pdf

¹⁴ *PROTECTION : définition de PROTECTION*. (s. d.). <https://www.cnrtl.fr/definition/protection>

à la protection fonctionnelle¹⁵, la protection n'est pas seulement une action en amont de toute violence mais également une action après la violence qui consiste à accompagner le retour de la victime vers une vie paisible et sûre. C'est cette protection définie largement qui sera retenue dans ce développement.

Aujourd'hui, la protection des soignants est un enjeu majeur. De plus en plus de professionnels de santé sortent du silence et dénoncent les violences dont ils ont pu être victimes. Le Docteur Karine Lacombe a publié en 2023, son livre « *Les femmes sauveront l'hôpital : Une vie de soignante* »¹⁶, dans lequel elle rapporte les remarques sexistes qu'elle a entendues au cours de sa carrière. Les syndicats des professions soignantes luttent également et alertent sur les violences qui existent. L'Intersyndicale Nationale des Internes a notamment publié une enquête en 2017 portant sur la Santé Mentale des internes. Ce rapport souligne notamment le risque suicidaire des internes et jeunes médecins trois fois plus élevé que la population générale et dont l'un des facteurs était, en plus d'une surcharge de travail, les violences subies par les usagers et le personnel¹⁷.

Par ailleurs, les faits de violences sortent de l'ombre grâce à la presse qui rapporte des événements tragiques comme le suicide, en 2015, du Professeur MEIGNIEN, cardiologue à l'AP-HP, à la suite de faits d'harcèlement moral de la part de ses pairs¹⁸. Plus récemment, a été portée à la connaissance de l'opinion publique, l'agression d'un brancardier, le 6 avril 2024, par un jeune homme ivre à l'hôpital de Challans en Vendée¹⁹.

Ainsi, les alertes viennent de toutes parts et elles doivent être prises en considération. Les violences ont de graves répercussions sur nos soignants, mais également sur la mission de soins qu'ils exercent. En effet, les violences entraînent tout d'abord une multiplication des arrêts de travail et également une dégradation des conditions d'exercice qui conduit certains soignants à quitter l'hôpital, accentuant le manque cruel de personnel auquel les établissements doivent faire face. Les violences ont également un impact sur la qualité des soins, puisqu'elles entraînent chez les soignants, du stress, de l'appréhension, de la fatigue, les rendant plus sujets

¹⁵ Définie aux articles L134-1 à L134-12 du Code générale de la fonction publique.

¹⁶ Lacombe, K. (2023). *Les femmes sauveront l'hôpital : Une vie de soignante*. Stock.

¹⁷ InterSyndicale Nationale des Internes. (2017). Santé mentale des jeunes médecins. Dans *isni.fr*. <https://isni.fr/wp-content/uploads/2020/02/enquetesamentale.pdf>

¹⁸ Le Parisien (2020, 18 avril). Suicide à l'hôpital Pitié-Salpêtrière : « J'ai vu, face à moi, un homme brisé » . *leparisien.fr*. <https://www.leparisien.fr/societe/suicide-a-l-hopital-pitiet-salpetriere-j-ai-vu-face-a-moi-un-homme-brise-26-12-2015-5402357.php>

¹⁹ Hornn, L. (2024, 26 avril). Agression d'un brancardier en Vendée : l'auteur des faits condamné à de la prison ferme. *France 3 Pays de la Loire*. <https://france3-regions.francetvinfo.fr/pays-de-la-loire/vendee/sables-olonne-0/agression-d-un-brancardier-en-vendee-l-auteur-des-faits-condamne-a-de-la-prison-ferme-2961521.html>

à des erreurs d'inattention, et qui, de ce fait, augmente les incivilités et les agressions à leur rencontre.

Il est par conséquent, primordial que les directeurs d'hôpitaux acquièrent « *une nouvelle compétence de « sécurité », qui originellement ne faisait pas partie de leur cœur de métier* »²⁰. Pour cela ils doivent se poser la question suivante : comment l'établissement public de santé peut mettre en place une protection efficace de ses soignants pour lutter contre les violences subies à l'hôpital ?

On observe une prise de conscience de cette problématique de violence au niveau national puisque le 23 janvier 2024 a été déposée au Parlement, une proposition de loi visant à renforcer la sécurité des professionnels de santé²¹. Ce texte reprend le volet pénal du plan national pour la sécurité des professionnels de santé²² dans lequel s'inscrit la campagne publique. Cette proposition de loi, examinée et adoptée en première lecture à l'Assemblée nationale le 14 mars 2024, propose notamment d'aggraver les peines en cas de violence sur la personne des professionnels de santé, de créer un délit d'outrage spécifique et d'ouvrir la possibilité pour les directeurs d'établissement de porter plainte au nom du soignant victime.

Certaines mesures de cette proposition sont les bienvenues, mais certaines, notamment le dépôt de plainte simplifié, sont superflues. Aujourd'hui, l'état actuel du droit permet à l'établissement de protéger efficacement son personnel. La protection suggère deux phases d'actions. La première est en amont, c'est la prévention. L'hôpital doit agir pour empêcher un maximum de situations de violences (**Partie 1**). La deuxième est la phase après l'attaque pendant laquelle l'hôpital doit assister son soignant et le protéger lui et l'ensemble de son personnel (**Partie 2**).

²⁰ Observatoire national des violences en milieu de santé. (2022). Rapport 2022 : Données 2020 et 2021, 183 Dans *sante.gouv.fr*. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_rapport_onvs_2022_donnees_2020-2021.pdf

²¹ Pradal P. (2024) *Proposition n°2093 de loi visant à renforcer la sécurité des professionnels de santé*, Enregistrée à la Présidence de l'Assemblée nationale le 23 janvier 2024

²² Ministère de la santé et de la prévention. (2023, 23 septembre). *Plan pour la sécurité des professionnels de santé* [Communiqué de presse]. <https://www.info.gouv.fr/upload/media/content/0001/07/749ea967d05e918254560ae190e3c7b8ccaddc7d.pdf>

PARTIE 1. Agir avant la violence : faire de la prévention.

Il existe un célèbre dicton qui affirme : « Mieux vaut prévenir que guérir ». Dans la lutte contre les violences à l'égard des soignants, cette maxime doit prendre tout son sens et inspirer le directeur d'hôpital pour mettre en place une prévention proportionnée et efficace au sein de son établissement.

La prévention est « *un ensemble de mesures destinées à éviter un évènement qu'on peut prévoir et dont on pense qu'il entraînerait un dommage pour l'individu ou la collectivité* »²³. Dans la lutte contre les violences, l'hôpital doit mettre en place un panel de mesures pour sensibiliser autour de cette problématique et donner des clés aux différents acteurs pour éviter ces évènements indésirables, ou si ces derniers se produisent, les aider à les maîtriser. Cette phase découle de l'obligation de protection du directeur à l'égard de son personnel qui impose que l'employeur prenne « *les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs* »²⁴.

La prévention de l'hôpital doit se réaliser à l'attention de deux publics : les soignants potentiels victimes et les soignants et usagers, potentiels agresseurs.

La prévention à l'égard des soignants comme potentiels victimes doit servir à établir un dialogue entre l'institution et le personnel. Elle consiste à informer les soignants sur la volonté de l'établissement à lutter contre les violences et sur les moyens d'y parvenir (**chapitre 1**).

La prévention à l'égard des potentiels agresseurs prend la forme d'une dissuasion. L'employeur doit rappeler aux soignants et usagers que toute forme de violence est inacceptable et entraîne des sanctions à l'encontre de l'auteur (**chapitre 2**).

²³ PRÉVENTION : définition de PRÉVENTION. (s. d.). <https://www.cnrtl.fr/definition/pr%C3%A9vention>

²⁴ Article L4121-1 du Code du travail

CHAPITRE 1. La prévention à destination des soignants : informer pour lutter contre les violences.

La prévention est une phase non négligeable pour mettre en place une bonne protection des soignants. En effet, une prévention efficace des faits de violences permettra aux soignants soit de signaler rapidement à l'institution les faits, l'hôpital pourra alors intervenir immédiatement et ainsi limiter les conséquences, soit cela leur permettra d'empêcher la réalisation des violences et ainsi garantir par eux-mêmes leur protection.

Pour ce faire, l'hôpital doit informer les soignants sur la lutte institutionnelle contre les violences pour libérer leur parole (**section 1**). En parallèle, l'établissement doit former son personnel pour qu'il lutte lui-même contre les violences (**section 2**).

SECTION 1. Informer sur la lutte institutionnelle contre les violences pour libérer la parole soignante.

La direction ne peut espérer mettre en place une protection efficace s'il n'existe aucun échange, entre les soignants et l'administration, sur le sujet. Elle doit, par conséquent, communiquer au sein des équipes, sur sa volonté de les protéger, pour que les soignants aient une prise de conscience de la situation et fassent connaître les atteintes (**paragraphe 1**) via des mécanismes que l'établissement mettra en place (**paragraphe 2**).

§1. Affirmer la volonté institutionnelle d'assurer la protection des soignants.

Si les violences faites aux soignants sont davantage dénoncées aujourd'hui, les signalements faits à l'ONVS ne sont que « *la partie émergée de l'iceberg* », pour reprendre les propos du Docteur Jean-Jacques AVRANE, délégué à l'Observatoire pour la sécurité des médecins²⁵. Beaucoup de situations de violences sont encore passées sous silence, et l'on peut identifier deux facteurs à l'origine de ce problème.

Le premier facteur est le sentiment d'empathie que cultivent les professionnels de santé et qui explique, en partie, leurs difficultés à dénoncer les violences commises par les patients

²⁵ Fiachetti, M. (2023, 23 mai). Violences contre les soignants : « Les signalements ne sont que la partie émergée de l'iceberg ». *Le Nouvel Obs*. <https://www.nouvelobs.com/societe/20230523.OBS73676/violences-contre-les-soignants-les-signalements-ne-sont-que-la-partie-emergée-de-l-iceberg.html>

ou leur entourage. En effet, l'empathie tient une place importante dans le quotidien soignant, car elle est une condition nécessaire pour établir une relation de confiance avec le patient et ainsi espérer le soigner dans les meilleures conditions possibles.

Si elle est nécessaire aux soins, l'empathie ne doit, cependant, pas se faire au détriment de la protection des agents. Malheureusement, il semblerait qu'elle soit dans les faits, un moteur d'absence de réaction face aux violences²⁶. Les professionnels sont toujours plus enclins à justifier les comportements des patients et de leur entourage par la pathologie ou la situation stressante dans laquelle ces derniers se trouvent. De nombreux rapports et études sur cette problématique arrivent à la même conclusion : « *les qualités d'empathie et de bienveillance inhérentes aux professionnels de santé sont ainsi de nature à engendrer cette « tolérance », notamment face aux « petites violences du quotidien »*²⁷.

Le second facteur concerne les violences subies entre personnels. Si l'on se rapporte à la rareté des chiffres et des rapports concernant ces phénomènes, force est de constater qu'il existe une loi du silence autour de cette problématique. Cependant, ces faits de violences sont bien réels et les différents événements tragiques récents dans les médias ou les prises de parole nous en livrent témoignage. Ces violences touchent aussi bien les professionnels que les étudiants en santé, ces derniers évoquent en particulier des violences sexistes et sexuelles.

Si les structures et les universités commencent à diffuser des informations concernant cette problématique²⁸, cette loi du silence est encore fortement présente et, par conséquent, est un obstacle majeur à la protection des soignants.

Face à ces deux facteurs qui empêchent la protection efficace des professionnels, l'hôpital doit agir. Il est de son rôle de contribuer au changement de la mentalité soignante. Pour ce faire, la direction doit affirmer une volonté forte de lutter contre toutes formes de violences et de protéger son personnel. En d'autres termes, il est de sa mission de diffuser une véritable

²⁶ Observatoire national des violences en milieu de santé. (2022). Rapport 2022 : Données 2020 et 2021, 126 Dans *sante.gouv.fr*. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_rapport_onvs_2022_donnees_2020-2021_.pdf

²⁷ Masseron, J.-C., & Nion, N. (2023). Rapport sur les violences à l'encontre des professionnels de santé : 44 propositions pour des soins en sécurité, 15. Dans *vie-publique.fr*. Ministère de la Santé et de la Prévention. <https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/289769.pdf>

²⁸ Par exemple en 2021, le Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche a élaboré un plan d'action pour lutter contre les violences sexuelles. *Prévenir les violences sexistes et sexuelles à l'université* | *info.gouv.fr*. (s. d.). <https://www.info.gouv.fr/actualite/prevenir-les-violences-sexistes-et-sexuelles-a-l-universite#:~:text=Le%20minist%C3%A8re%20de%20l'Enseignement,enseignement%20sup%C3%A9rieur%20et%20la%20recherche.&text=Une%20nouvelle%20%C3%A9tape%20dans%20les,et%20sexuelles%20a%20%C3%A9t%C3%A9%20franchie.>

« culture sécurité ». Terme utilisé pour évoquer la sécurité des soins ou la sécurité publique contre le risque attentat ou contre une pandémie mondiale²⁹, la culture sécurité doit s'entendre, dans ce développement, comme une culture qui vise à protéger le personnel contre les atteintes qui se produisent au quotidien.

Avant même de réfléchir à des actions concrètes, l'instauration de cette culture passe par des comportements. En effet adopter une attitude condamnant fermement les violences à l'encontre des professionnels de santé est déjà un premier rempart. C'est pourquoi, un discours de « tolérance 0 »³⁰, face à la violence sous toutes ses formes et de la part de tous types d'auteurs, doit être prôné.

Ce discours doit être en premier lieu, tenu par la direction de l'hôpital qui doit rappeler à tous son obligation de protection de ses soignants. À ce titre, elle prendra, sans hésiter, les mesures nécessaires à la sécurité et à la protection de l'intégrité physique et mentale des personnes sous sa responsabilité. Ce discours institutionnel doit ensuite être diffusé par les chefs de services, de pôles et les cadres de santé au sein des équipes. Leur autorité et leur proximité avec les autres soignants font d'eux de véritables « autorités locales » qui leur donnent un rôle stratégique. Par ailleurs, ces figures sont avant tout des professionnels de santé, leur influence sur leurs pairs est, par conséquent, plus importante. Un changement de mentalité s'opère plus efficacement de l'intérieur que par le biais d'acteurs extérieurs à la communauté concernée.

La culture sécurité doit également être portée par d'autres acteurs tels que les représentants du personnel, le comité social et économique et les syndicats.

En effet, il faut rappeler que selon l'article L2312-9 3° du Code du travail, le CSE « *peut susciter toute initiative qu'il estime utile et proposer notamment des actions de prévention du harcèlement moral, du harcèlement sexuel et des agissements sexistes* ». Si cela n'est qu'une possibilité au regard de l'article, il est important que le CSE s'empare de cette mission et l'exploite pour aider à développer une réelle culture sécurité chez le soignant.

Les syndicats sont également des acteurs stratégiques pour diffuser cette culture sécurité auprès des professionnels de santé. En effet, ces derniers dénoncent régulièrement ce

²⁹ Bourdon, P. (2023). La culture de sécurité des acteurs de l'hôpital. *RDSS*, n°2, 225.

³⁰ Terme utilisé dans Ministère de la santé et de la prévention. (2023, 23 septembre). *Plan pour la sécurité des professionnels de santé* [Communiqué de presse]. <https://www.info.gouv.fr/upload/media/content/0001/07/749ea967d05e918254560ae190e3c7b8ccaddc7d.pdf>

phénomène de violence contre les soignants. Par exemple, l'InterSyndicale Nationale des Internes avait lancé fin mars 2021 la campagne #ProtegeTonInterne pour sensibiliser la population sur le phénomène de suicide qui touche les étudiants en médecine. Il est estimé qu'un interne se suicide tous les 18 jours et que les violences et harcèlements à l'hôpital en sont l'une des causes³¹. L'établissement doit, par conséquent, les inviter à la table des discussions. Au cours des réflexions, les intérêts vont certainement diverger, notamment sur la question du financement nécessaire à la mise en place des mesures, car il est évident que la sécurité a un coût³². Cependant, l'influence et les données que possèdent les syndicats sur les professionnels sont trop importantes pour que l'hôpital ne les inclut pas dans le processus d'élaboration de la protection.

L'objectif est ainsi de montrer à l'ensemble du personnel et des usagers qu'il y a une volonté institutionnelle de protéger les équipes soignantes. L'idée n'est pas de créer un climat de défiance, mais de ne plus tolérer les violences. Cette culture de sécurité doit permettre à la direction de montrer que l'établissement est prêt à réagir contre toute attaque et ainsi encourager les soignants à signaler tout type de violences dont ils sont victimes ou même témoins.

Cependant, pour être réellement pris au sérieux, tout discours doit être suivi de mise en application. En effet, pour qu'il n'y ait pas cette impression de « paroles en l'air », la direction doit montrer à son personnel qu'elle agit véritablement pour sa protection. Par exemple, la direction doit diffuser les solutions qu'elle met en place, à la suite de situations de violences, via les notes de service anonymisées. Cela montrera que la parole des soignants est réellement prise en compte.

La direction doit également, pour apporter la preuve concrète de sa volonté, informer les soignants sur les mécanismes existants pour assurer leur protection.

§2. Informer sur des mécanismes concrets de protection mis en place par l'hôpital.

La volonté institutionnelle ne doit pas rester théorique auprès du personnel. Il faut que l'hôpital explique concrètement comment sa protection sera mise en œuvre si des violences sont commises. Ce faisant, il doit être expliqué les différents outils qui existent pour arriver à cette

³¹ InterSyndicale Nationale des Internes. (2021, 4 avril). *Tous les 18 jours, un interne en médecine se suicide* [Communiqué de presse]. <https://isni.fr/tous-les-18-jours-un-interne-en-medecine-se-suicide/>

³² Apollis, B. (2023). Le financement des mesures de sécurisation des établissements. *RDSS*, n°2, 215.

fin, principalement : le signalement, la protection fonctionnelle et les poursuites disciplinaires qui correspondent respectivement à l'alerte, la prise en charge de la victime et la sanction de l'agresseur, si ce dernier est un membre du personnel.

Les faire connaître participera à plusieurs objectifs : libérer la parole soignante en encourageant l'appropriation de ces outils ; permettre leur utilisation dès qu'une attaque survient et ainsi protéger plus rapidement la victime ; recevoir des retours d'expérience sur l'utilité de ces mécanismes et les améliorer au gré des besoins et des évolutions du phénomène.

Premièrement, la présentation du signalement est l'une des informations les plus cruciales à partager avec son personnel, puisqu'elle est la condition préalable pour que le processus de protection puisse se mettre en place. Il est essentiel que le soignant victime sache à qui s'adresser et comment s'y adresser en cas de violences. Sa mise en œuvre doit être la plus facile possible pour ne pas dissuader le soignant d'alerter.

Classiquement, le signalement passe par la fiche d'évènement indésirable. Celle-ci doit se limiter au strict minimum, à savoir le récit des faits. La Direction pourra, au moment où elle étudiera la situation, demander davantage de précisions. Dans l'idéal, la fiche doit être pensée de telle façon qu'un professionnel victime puisse la remplir dans les suites de l'attaque, car plus rapidement l'alerte est donnée, plus la prise en charge de la situation sera efficace. Étant encore état de choc, il serait, par conséquent, inutile de lui en demander trop, car cela pourrait, au contraire, le décourager.

Il est du rôle, ensuite, de l'établissement de réaliser un signalement auprès de l'ONVS. Si cela est facultatif, il est important que la direction le fasse pour que les pouvoirs publics puissent mesurer l'ampleur du phénomène.

Pour les violences internes, le signalement doit se faire par un autre moyen, plus confidentiel que les fiches d'évènements indésirables. Ces dernières, selon les procédures prévues, peuvent passer par les supérieurs hiérarchiques qui peuvent ainsi être un premier filtre, surtout quand les faits les concernent directement en tant qu'agresseurs ou témoins.

Ainsi, pour ces faits, les professionnels doivent pouvoir contacter directement la Direction. Cela peut se faire, par exemple, par le biais d'une adresse e-mail spécialement conçue pour cela. Pareillement, il ne doit pas être exigé un formalisme particulier pour dénoncer les agissements : un e-mail décrivant simplement les faits de violence doit suffire pour que la direction commence une enquête administrative pour confirmer ou non la véracité des faits.

Il est aussi important de rappeler que le signalement n'est pas seulement réservé aux victimes mais également aux témoins de violences à l'encontre d'un de leurs collègues. Ils bénéficient, à ce titre, d'une protection particulière : une personne de bonne foi ayant relaté des faits de violences ne pourra se voir licenciée, sanctionnée ou faire l'objet de toute autre mesure disciplinaire³³ même si les faits dénoncés n'étaient pas établis³⁴. Cela peut être particulièrement utile en cas de violence interne, et notamment de harcèlement moral ou sexuel où il peut être plus difficile pour la victime de sortir du silence.

En deuxième lieu, l'établissement doit informer les soignants sur la protection fonctionnelle applicable au personnel hospitalier³⁵. Régulièrement, la jurisprudence rappelle l'application de la protection aux praticiens hospitaliers³⁶ et plus généralement aux soignants qui sont des fonctionnaires et agent publics. Ainsi, il doit être porté à la connaissance des soignants que « *la collectivité publique est tenue de protéger l'agent public contre les atteintes volontaires à l'intégrité de sa personne, les violences, les agissements constitutifs de harcèlement, les menaces, les injures, les diffamations ou les outrages dont il pourrait être victime sans qu'une faute personnelle puisse lui être imputée. Elle est tenue de réparer, le cas échéant, le préjudice qui en est résulté* »³⁷. Au vu de la diversité des statuts des soignants à l'hôpital, il faut insister sur le fait que la protection fonctionnelle n'est pas seulement applicable aux fonctionnaires, mais « *à tous les agents publics quel que soit le mode d'accès à leurs fonctions* » comme cela a pu être affirmé par le Conseil d'État dans son arrêt *Farré*³⁸.

Les soignants doivent être informés que la demande à bénéficier de la protection fonctionnelle est libre tant sur sa forme que sur le choix du moment de faire cette demande. En effet, aucune disposition législative et réglementaire n'exige un formalisme particulier ou un délai. Il peut être intéressant également de les informer du caractère confidentiel de leur démarche pour les encourager à demander cette protection, notamment en cas de violence entre personnels. Cette confidentialité a été admise récemment par le Conseil d'État qui a confirmé la position de la CADA refusant de communiquer aux tiers et en particulier à la personne mise en cause, la demande de protection³⁹. Cette position adoptée est la bienvenue en ce qu'elle

³³ Article L133-3 du Code général de la fonction publique.

³⁴ Cass. Soc., 10 mars 2009, n°07-44.092, *Bull n°66*

³⁵ Article L6152-4 du Code de santé publique

³⁶ CE, 30 juin 2017, *Rousseau*, n°396908, *Lebon*, 645

³⁷ Article L134-5 du code général de la fonction publique

³⁸ CE, sect., 8 juin 2011, *Farré*, n°312700, *Lebon*, 270

³⁹ CE, 11 mars 2024, n°454305, *sera mentionné au recueil Lebon*

renforce la protection des agents et encourage les victimes à sortir du silence pour lutter contre les violences internes⁴⁰.

Enfin, l'établissement doit informer son personnel sur les procédures disciplinaires qui pourront être déclenchées en cas de violences commises par un professionnel de santé. À l'hôpital, les soignants exercent leurs fonctions sous différents statuts : fonctionnaires, agents publics contractuels, praticiens contractuels, praticiens hospitaliers, personnel hospitalo-universitaire, etc. Et chaque statut possède une procédure disciplinaire différente qu'il faut porter à la connaissance des soignants. L'objectif est de montrer aux soignants potentiellement victimes comme potentiellement agresseurs, qu'aucun statut ne bénéficie d'une immunité disciplinaire et que des sanctions peuvent être prises à leur égard s'ils commettent des violences. Peu importe que le professionnel soit sous l'autorité hiérarchique du directeur de l'hôpital ou non.

Pour protéger les soignants, l'information sur les mécanismes mis en place à cet effet et leur utilisation ne sont pas suffisantes, car ils n'interviennent qu'une fois l'acte de violence survenu. Il faut également les former à réagir sur le moment pour réduire les atteintes physiques et psychologiques.

SECTION 2. Former les soignants à lutter eux-mêmes contre les violences.

Selon les données de l'ONVS, dans 59 % des situations d'atteinte à la personne ou aux biens, les professionnels de santé sont les premiers confrontés⁴¹. Aussi, pour pouvoir assurer leur protection, il est primordial de leur apprendre à réagir face à ces situations. Cette formation doit leur donner les clés pour identifier les formes de violences dans leur quotidien (**paragraphe 1**) et leur apprendre à réagir pour garantir autant que possible leur sécurité (**paragraphe 2**).

⁴⁰ Charbonnel, D. (2015). De l'incommunicabilité des demandes de protection fonctionnelle aux tiers. . . aux fins de libération de la parole. *AJDA*, n°26, 1459.

⁴¹ Observatoire national des violences en milieu de santé. (2022). Rapport 2022 : Données 2020 et 2021, 111. Dans *sante.gouv.fr*. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_rapport_onvs_2022_donnees_2020-2021.pdf

§1. Apprendre les formes de violences pour les identifier au quotidien

Il est important que les soignants connaissent les différentes formes de violences auxquelles ils pourront être confrontés. Tout d'abord, parce que conformément au principe de légalité des délits et des peines affirmé au niveau constitutionnel⁴², législatif⁴³ et international⁴⁴, les faits de violences doivent répondre aux définitions données par les textes législatifs pour que leurs auteurs soient condamnés.

Par ailleurs, connaître les différentes formes de violence permettra aux soignants d'identifier plus rapidement ces situations dans leur quotidien. Les professionnels pourront, ainsi, adopter les bons gestes pour empêcher la réalisation d'un incident ou son aggravation. Ils pourront également alerter plus rapidement la direction, qui mettra en place une protection plus efficace.

Pour cela, il leur faut donc apprendre à reconnaître la pluralité des formes de violences qui existent. L'article L134-5 du Code général de la fonction publique relatif à la protection fonctionnelle en cite plusieurs : les violences, les agissements constitutifs de harcèlement, les menaces, les injures, les diffamations et les outrages. Si certaines sont clairement identifiables, d'autres peuvent apparaître plus insidieuses.

Le harcèlement en est une illustration, et particulièrement le harcèlement sexuel. Répondant à plusieurs réalités, le harcèlement sexuel peut être difficile à appréhender.

D'une part, il est constitué par des agissements répétés. L'article L133-1 du Code général de la fonction publique le définit comme « *des propos ou comportements à connotation sexuelle répétés qui soit portent atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, soit créent à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante* ».

D'autre part, le harcèlement est aussi constitué par un unique agissement particulièrement grave. Ce même article le définit en effet comme « *toute forme de pression grave, même non répétée, exercée dans le but réel ou apparent d'obtenir un acte de nature sexuelle, que celui-ci soit recherché au profit de l'auteur des faits ou au profit d'un tiers* ».

⁴² Article 8 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen.

⁴³ Article 111-3 du Code pénal

⁴⁴ Article 49 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union Européen et article 7 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales.

Également, la jurisprudence donne d'autres visages au harcèlement sexuel, par exemple il peut prendre la forme d'un « harcèlement environnemental ou d'ambiance », c'est-à-dire une situation dans laquelle « *sans être directement visée, la victime subit des provocations, blagues obscènes ou vulgaires qui lui deviennent insupportables* »⁴⁵.

Ces différentes réalités doivent être portées à la connaissance des soignants pour qu'ils puissent être vigilants dans leur quotidien et les identifier, quelle que soit la forme que ce harcèlement prendra.

Les contenus des infractions évoluent répondant à toujours plus de situations de violences, le harcèlement sexuel en est un exemple. Il est, par conséquent, important de tenir informés les soignants, de l'extension ou de la restriction des notions pour permettre à ces derniers d'identifier le plus de situations de violence, et ainsi de mettre en place une protection toujours plus efficace.

Une autre forme de violence qui n'est pas citée dans l'article, mais qui est tout de même importante à prendre en compte est l'incivilité. Ce terme non juridique est défini par Sébastien Roché, politologue français spécialisé en criminologie, comme « *un ensemble de nuisances sociales extraordinairement variées qui ne blessent pas physiquement les personnes mais bousculent les règles élémentaires de la vie sociale qui permettent la confiance* »⁴⁶. Ces actes sont, par exemple, « *des méfaits causés à autrui sous forme d'impolitesse, de non-respect des règles (par exemple du règlement intérieur, des horaires), manque de courtoisie ou de politesse, haussement de voix, insultes ou grossièretés, matérielles ou verbales, parfois très proches des violences ou ressenties comme telles* »⁴⁷. Étant jugées peu graves, elles sont rarement signalées ou poursuivies pénalement, cependant leurs répétitions ont les mêmes effets que la violence sur les soignants : « *stress chronique, mal-être, perte de confiance, démobilisation des équipes, dégradation de l'ambiance générale, dysfonctionnements, absentéisme* »⁴⁸. Par conséquent,

⁴⁵ CA Orléans, soc., 7 février 2017, n°15/02566. En l'espèce, la requérante se plaignait d'un environnement de travail rendu hostile en raison de propos insultants envers les femmes, des blagues salaces, des fonds d'écrans d'ordinateurs avec des femmes nues. Bien que la salariée ne fût pas directement la cible des propos, le fait de subir cette ambiance au quotidien constituait un harcèlement sexuel d'ambiance.

⁴⁶ Cité dans Charvet, D. (2010). Justice en situation - les incivilités à l'audience. *Les Cahiers de la Justice*, n°1, 151.

⁴⁷ Copart, I. (2019). Les incivilités et les violences des usagers dans les établissements de soins. *RDSS*, n°6, 1082-1083.

⁴⁸ Observatoire national des violences en milieux de santé. (2017). *Guide méthodologique : La prévention des atteintes aux personnes et aux biens en milieu de santé*. Ministère chargé de la Santé et de la Prévention, 5. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_onvs_-_prevention_atteintes_aux_personnes_et_aux_biens_2017-04-27.pdf

elles ne doivent pas être sous-estimées et l'hôpital doit les inclure dans la formation des soignants pour que ces derniers apprennent à les appréhender.

En pratique, il peut être parfois difficile de discerner ce qui est une incivilité et ce qu'il ne l'est pas. L'incivilité dépend du profil de l'utilisateur. Par exemple, le tutoiement ne sera pas perçu comme une incivilité si le soignant est face à un usager étranger qui ne parle pas correctement français. L'incivilité peut également dépendre de l'agent, un comportement pourra être ressenti pour certains comme un manque de respect et pour d'autres non. L'incivilité est caractérisée par l'intention de l'auteur de manquer de respect à son interlocuteur⁴⁹.

Définir les notions et donner des exemples, favorisera une prise de conscience chez les soignants. L'évolution des notions signifie que ce qui était acceptable il y a plusieurs années dans les pratiques professionnelles, ne l'est plus aujourd'hui. Ainsi, redéfinir avec eux le périmètre de ces infractions pourrait mettre fin à certaines pratiques jusque-là tolérées et non remises en cause. Le formateur peut également présenter sur les sanctions applicables pour les faits de violences. Expliquer, par exemple, qu'harcéler sexuellement un collègue peut entraîner une révocation ou un licenciement pour faute grave⁵⁰, peut avoir un effet dissuasif fort et faire changer les comportements.

Donner des exemples de condamnation peut permettre également aux soignants de prendre conscience que les signalements et plaintes ne sont pas vains et que les auteurs peuvent être condamnés pour leur actes. Les illustrations en jurisprudence sont nombreuses : un usager reconnu coupable de violences et d'outrage sur une infirmière a été condamné à un an d'emprisonnement⁵¹.

Cependant, apprendre à reconnaître les situations de violence n'est pas suffisant pour protéger les soignants, car si, parfois, les reconnaître en amont peut permettre d'alerter rapidement et ainsi obtenir de l'aide pour gérer la situation, il se peut que le soignant doive faire face seul. Ainsi, ils doivent apprendre à réagir face à la violence.

⁴⁹ Direction interministérielle de la fonction publique. (2023, novembre). *Formation : Prévenir et gérer les incivilités et les agressions dans la relation à l'utilisateur : tous mobilisés !* <https://ditp-formation-agressions.fr/#/lessons/eorzr36zCqwNoVtznchlQsYpdfqDHdZT>

⁵⁰ CAA Marseille, 3 février 2022, n°21MA00724 : a été admis un licenciement pour faute grave pour un ingénieur exerçant en sein d'un centre hospitalier en raison d'une plainte pour harcèlement sexuel déposé à son encontre par l'une de ses subordonnées.

⁵¹ Cass., Crim., 2 septembre 2014, n° 13-84.787

§2. Apprendre à réagir face aux violences.

Si plus d'une situation de violence sur deux est gérée en premier lieu par les soignants, alors, pour maximiser leur protection, les professionnels de santé doivent être formés à gérer les comportements violents. L'établissement doit leur donner les clés soit pour anticiper les violences, soit pour y mettre fin, soit pour se mettre en sécurité et mettre en sécurité les personnes présentes, le temps d'obtenir une aide extérieure (forces de l'ordre, agents de sécurité/sûreté, etc.). L'idée d'être confronté à une situation de violences est une charge mentale de plus sur les épaules des soignants. Les former à cette problématique, leur donner des outils concrets pour gérer ces situations, permettra de soulager une partie de leurs appréhensions.

Il existe plusieurs types de formations qui ont émergé pour répondre à ce phénomène croissant de violences. Une des premières est la formation « Grouille-Smolis », créée en 1995 par un anesthésiste-réanimateur du CHU de Limoges, Dominique GROUILLE, et un cadre infirmier en psychiatrie, François SMOLIS. Elle est encore très utilisée par de nombreux hôpitaux. Cette formation enseigne aux soignants, une technique d'autodéfense spécialement pensée pour le milieu hospitalier. Si le dialogue doit toujours être privilégié pour mettre fin à la situation conflictuelle, cette formation apprend aux participants à réaliser des gestes simples pour réagir aux agressions et se mettre en sécurité mais aussi mettre l'auteur de violences en sécurité. « *Les gestes peuvent paraître les mêmes qu'un policier. À l'hôpital, on ne peut se permettre de faire ne serait-ce qu'un bleu ou une bosse à un patient* »⁵².

Une autre formation connue est la formation OMEGA, un programme initié en 1997 par l'Association paritaire pour la Santé et la sécurité du Travail du Secteur Affaires Sociales (ASSTSAS), une association québécoise. Cette formation va développer chez les professionnels participants, des compétences pour intervenir face à des situations d'agressivité tout en préservant l'intégrité physique et psychologique du soignant et de l'auteur des violences. La formation s'appuie sur quatre valeurs : la sécurité, le respect, le professionnalisme et la responsabilisation, et cinq principes : se protéger, évaluer la situation, prévoir l'aide nécessaire à la résolution de l'intervention, se centrer sur la personne avec empathie et respect et prendre le temps nécessaire pour résoudre la situation⁵³.

⁵² Propos du docteur Dominique Grouille dans Gauron, R. (2013, 11 octobre). *Le CHU de Limoges trouve une réponse à la violence*. Le Figaro. <https://www.lefigaro.fr/actualite-france/2013/10/11/01016-20131011ARTFIG00384-le-chu-de-limoges-trouve-une-parade-a-la-violence.php>

⁵³ *Formations Omega*. (s. d.). https://irapsante.com/SiteIRAP_html/FR/Formations-Omega.html

Ces formations ont le grand avantage d'être en présentiel et ainsi de proposer de réelles mises en situation, ce qui, pour cette problématique, est essentiel. Les établissements sanitaires doivent s'assurer que leurs soignants assistent à ce type de formations, et cela régulièrement. En effet, les formes de violences évoluant sans cesse, les réponses doivent évoluer tout autant.

Un autre outil important à connaître dans le cadre des formations est la convention Santé-Sécurité-Justice. Créées par le protocole du 12 août 2005, ces conventions ont pour objectif d'améliorer la sécurité des établissements de santé et de renforcer la coopération entre les différents acteurs : l'hôpital, les forces de l'ordre⁵⁴ et la justice depuis le protocole du 10 juin 2010 pour les établissements de santé. Cet outil doit créer un partenariat pour lutter contre les insécurités, et notamment celles des soignants, en dressant un diagnostic des problèmes d'insécurité rencontrés par l'hôpital et en identifiant des objectifs à atteindre et des actions à mener pour les remplir⁵⁵. Il est par conséquent essentiel que les soignants connaissent le contenu de ce protocole pour pouvoir l'utiliser et faire vivre cette collaboration.

Par exemple, en 2017, le Grand hôpital de l'Est francilien a signé une convention l'engageant à renforcer son équipement de vidéoprotection et en contrepartie, les forces de l'ordre patrouilleraient régulièrement autour des sites pour ainsi intervenir plus rapidement si nécessaire et informeraient régulièrement le directeur de l'établissement des suites données à certains incidents⁵⁶.

Par ailleurs, il peut être prévu dans la convention qu'un agent de police réalise régulièrement auprès des soignants une formation relative à la gestion des conflits. Ces agents étant expérimentés en matière de situations orageuses et violentes, leurs témoignages peuvent être profitables dans le quotidien du soignant, bien que les ressources à la disposition du professionnel de santé soient limitées. Il n'est pas question d'utiliser la force sur des patients ou des collègues, comme les policiers pourraient être autorisés à le faire. Les formations seraient

⁵⁴ Articler premier, Protocole d'accord du 12 août 2005, Ministre de la Santé et des Solidarités, Ministre de l'État, de l'Intérieur et de l'Aménagement du Territoire disponible sur <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/protocole-onvh-2.pdf>

⁵⁵ Renaudie, O. (2023). La planification de la sécurité au sein des établissements publics de santé. *RDSS, n°2*, 210-211.

⁵⁶ Convention Santé/Sécurité/Justice (2017), Grand Hôpital de l'Est Francilien, procureur de la République auprès du Tribunal judiciaire de Meaux, Préfecture de Seine-et-Marne disponible : <https://www.ghef.fr/sites/default/files/inline-files/Dossier%20de%20presse%20convention%20SanteSecuriteJustice.pdf>

l'occasion d'organiser des rencontres et permettre aux parties de « personifier » l'autre. Cela ne pourrait que faciliter la communication lorsqu'elle sera nécessaire. Par ailleurs, ces rencontres permettront aux forces de l'ordre d'apprendre sur le quotidien des soignants, leurs difficultés et réciproquement.

Cependant, pour l'hôpital qui voudrait organiser une telle mesure, il devra penser à la représentation négative des policiers que peuvent avoir les soignants, notamment diffusée par les syndicats. Les derniers événements sociaux ont démontré une mauvaise entente entre les syndicats et les forces de l'ordre. Si l'hôpital n'anticipe pas cette réalité, cette mesure pourrait échouer.

La convention Santé-Sécurité-Justice peut avoir une véritable utilité dans l'élaboration de la protection des soignants, la direction d'hôpital doit s'en emparer. C'est d'ailleurs une volonté des pouvoirs publics qui veulent inciter les établissements à conclure ou actualiser leur convention Santé-Sécurité-Justice⁵⁷.

Ces outils ne sont, en revanche, applicables que pour des événements indésirables ponctuels que sont les agressions verbales et/ou physiques. Ils ne sont pas appropriés pour, notamment, les faits de harcèlement moral ou sexuel pour lesquels l'établissement ne peut qu'apprendre à son personnel à les identifier le plus tôt possible pour qu'ils les signalent rapidement et que l'hôpital puisse intervenir pour y mettre fin.

En conclusion, pour mettre en place une prévention à l'égard des soignants potentiellement victimes, l'établissement doit travailler sur deux axes. Tout d'abord, il doit établir un climat avec son personnel soignant pour que ceux-ci lui transmettent les faits de violences dont ils sont victimes. Ensuite, il doit donner aux soignants les moyens d'identifier dans leur quotidien les différentes formes de violences et leur donner les clés pour les empêcher ou les maîtriser, enfin de réduire les atteintes à leur santé physique et/ou morale. En parallèle de cette prévention, l'établissement doit également agir pour dissuader les potentiels auteurs de passer à l'acte.

⁵⁷ Instruction SG/HFDS/2016/340 du 4 novembre 2016 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements de santé.

CHAPITRE 2. La prévention à destination des potentiels auteurs de violence : dissuader un passage à l'acte.

Pour protéger le professionnel de santé, il ne s'agit pas seulement de l'informer des moyens qu'il a pour se défendre, mais également d'agir sur la cause de cette protection : l'auteur et sa violence. L'établissement doit par conséquent utiliser la dissuasion, c'est-à-dire « *l'action d'amener par des arguments quelqu'un à renoncer à une action* »⁵⁸, pour empêcher l'auteur de potentielles violences de ne pas passer à l'acte.

Le mécanisme de dissuasion est donc un mécanisme en amont de la violence qui se traduit par la mise en place d'un cadre de travail sécurisé (**section 1**) et par la crainte de la sanction (**section 2**).

SECTION 1. La dissuasion par la mise en place d'un cadre de travail sécurisé.

Pour dissuader l'auteur de potentielles violences, l'établissement doit poser un cadre au sein de l'hôpital qui assure la protection de son personnel soignant. Ce cadre doit être entendu au sens physique du terme : mettre en place des dispositifs de sécurité (**paragraphe 1**) ainsi que dans un sens plus théorique : rappeler les règles qui encadrent les échanges entre les acteurs pour sécuriser leurs relations (**paragraphe 2**).

§1. Sécuriser par un aménagement pertinent de l'établissement.

L'hôpital peut mettre en place des dispositifs pour renforcer la sécurité au sein des locaux et ainsi prévenir un certain nombre d'infractions. L'outil le plus dissuasif, aujourd'hui, reste le dispositif de vidéoprotection. Ce mécanisme intrusif est soumis à autorisation (A) et est limité par le respect du secret médical (B).

A) L'autorisation pour la mise en œuvre de la vidéoprotection.

Selon l'article L251-2 12° du Code de sécurité intérieure, « *des systèmes de vidéoprotection peuvent également être mis en œuvre dans des lieux et établissements ouverts au public aux fins d'y assurer la sécurité des personnes et des biens lorsque ces lieux et*

⁵⁸ DISSUADER : définition de DISSUADER. (s. d.). <https://cnrtl.fr/definition/dissuader>

établissements sont particulièrement exposés à des risques d'agression ou de vol. ». Selon la CNIL, doit être considéré comme un établissement ouvert au public, « *un lieu pour lequel il n'existe pas de restriction d'accès* » tel que « *les services publics recevant les usagers* »⁵⁹. Ainsi, l'hôpital, établissement public assurant le service public hospitalier, peut mettre en œuvre ce dispositif.

Cependant, étant une atteinte importante à la vie privée des individus, l'installation est soumise à une autorisation préalable du préfet⁶⁰, habilitée initialement par la loi n°95-73 du 21 janvier 1995 *d'orientation et de programmation relative à la sécurité*⁶¹. Saisi d'un contrôle de constitutionnalité de cette loi, le Conseil constitutionnel avait jugé conforme à la Constitution, et notamment aux objectifs de valeur constitutionnelle de préservation de l'ordre public, l'habilitation législative du représentant de l'État dans le département pour autoriser l'installation de système de vidéosurveillance sur la voie publique par les autorités publiques compétentes pour assurer la protection des bâtiments et installations publiques et de leurs abords⁶².

Après dépôt d'un dossier administratif et technique, la demande d'autorisation est analysée par le préfet qui consulte une commission départementale. Celle-ci, composée de quatre membres et présidée par un magistrat, ou une personne qualifiée nommée par le premier président de la cour d'appel, rend un avis sur la demande dans un délai de trois mois. Compte tenu des risques engendrés par la vidéoprotection pour la liberté individuelle, une autorisation tacite ne peut naître du silence de l'administration⁶³. L'autorisation explicite du préfet est donnée pour 5 ans, renouvelable⁶⁴.

Dans un hôpital, la nature des images enregistrées par la vidéoprotection est incertaine. Les images filmées dans les salles d'attentes peuvent-elles être considérées comme étant des données de santé, définie par le RGPD comme « *les données à caractère personnel relatives à la santé physique ou mentale d'une personne physique, y compris la prestation de soins de*

⁵⁹ CNIL (2012), Vidéosurveillance / vidéoprotection : les bonnes pratiques pour des systèmes plus respectueux de la vie privée.

⁶⁰ Article L2521-1 du Code de sécurité intérieure

⁶¹ Aujourd'hui, le dispositif est intégré dans le code de la sécurité intérieure par l'ordonnance n°2012-351 du 12 mars 2012 ratifiée par la loi n°2014-1353 du 13 novembre 2014.

⁶² Cons. const. 18 janvier 1995, n° 94-352 DC *relative à la loi d'orientation et de programmation relative à la sécurité*.

⁶³ Cons. const. 18 janvier 1995, n° 94-352 DC *relative à la loi d'orientation et de programmation relative à la sécurité*.

⁶⁴ Article L252-4 du Code de la sécurité intérieure.

santé, qui révèle des informations sur l'état de santé de cette personne »⁶⁵ ? Si tel est le cas, alors par principe, sa collecte est interdite sauf cas dérogatoires.

Si elles ne sont pas considérées comme des données santé, elles sont sans aucun doute des données à caractère personnel. Par conséquent la vidéoprotection en milieu hospitalier relève du RGPD ce qui obligera l'établissement à réaliser une analyse d'impact relative à la protection des données⁶⁶. Cette analyse se décompose en trois parties, une première sur la description détaillée du traitement des données, une seconde relative à l'évaluation de la nécessité et de la proportionnalité concernant les principes fondamentaux fixés par la loi⁶⁷ et enfin une dernière partie relative à l'étude des risques sur la sécurité des données, et les potentiels impacts qu'ils auront sur la vie privée des individus filmés.

Par ailleurs la conservation des données enregistrées par la vidéoprotection est limitée pour une durée fixée par l'autorisation préfectorale. Ce délai ne peut excéder un mois⁶⁸.

Enfin, les usagers ainsi que les professionnels doivent être prévenus de l'existence de la vidéoprotection. Cela doit être porté à la connaissance des usagers par l'affichage qui doit signaler clairement l'existence et l'objectif du dispositif et à la connaissance de chaque membre du personnel par n'importe quel moyen, notamment la note de service. Enfin, cela doit être inscrit dans le règlement intérieur de l'établissement de santé.

Cependant, l'installation d'un tel outil peut rencontrer des oppositions. Tout d'abord, la vidéoprotection est un système couteux qui peut dissuader certains établissements de santé. Par exemple, l'AP-HP a doté ses 39 établissements de système de vidéoprotection pour un coût s'élevant à 30 millions d'euros⁶⁹. Néanmoins, les hôpitaux peuvent recourir au fond interministériel de prévention de la délinquance pour les installer⁷⁰.

Autre difficulté possible, est l'opposition éventuelle du personnel et des syndicats à ce que soient installés de tels équipements dans certaines parties des locaux, notamment celles

⁶⁵ Article 4-15 du RGPD.

⁶⁶ Vidéoprotection : quelles sont les dispositions applicables ? (s. d.). CNIL. <https://www.cnil.fr/fr/vidéoprotection-queelles-sont-les-dispositions-applicables>

⁶⁷ Article 5 du RGPD

⁶⁸ Article L252-5 du Code de la sécurité intérieure.

⁶⁹ Untersinger, M. (2018, 18 mai). A-t-on le droit de « vidéosurveiller » l'hôpital ? *Le Monde.fr*. https://www.lemonde.fr/pixels/article/2018/05/18/a-t-on-le-droit-de-vidéosurveiller-l-hopital_5300834_4408996.html

⁷⁰ Instruction N° SG/HFDS/2016/340 du 4 novembre 2016 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements de santé

réservées aux professionnels, telles que les salles de détente, en ce qu'ils portent atteinte à la liberté individuelle du personnel. Il peut également avoir une crainte de surveillance abusive du personnel par la direction.

B) Le respect du secret médical.

Pour être conforme au secret médical affirmé à l'article L1110-4 du Code de santé publique, le dispositif ne peut être installé dans tous les espaces de l'hôpital. Certains espaces, notamment les services, les salles de soins, les salles de consultation, doivent rester confidentiels pour préserver la vie privée du patient et le secret de la consultation.

Pour ces espaces qui ne peuvent être équipés, d'autres aménagements existent pour dissuader le potentiel auteur. À titre d'exemple, l'accès à certains espaces peut être sécurisé au moyen d'un accès par badge pour permettre à un soignant en difficulté de se mettre à l'abri de son agresseur. La nuit, ces sécurités peuvent être étendus à des services entiers pour protéger les professionnels en effectif réduit. Par ailleurs, il peut être également aménagé dans chaque salle un système d'alerte silencieux, comme des « boutons poussoirs » qui seraient reliés au PC Sécurité-Sûreté⁷¹.

Les rondes effectuées par les agents de la sûreté sont un autre dispositif possible. Elles peuvent avoir un effet dissuasif et être un véritable atout, notamment durant la nuit où l'insécurité est davantage ressentie. Par exemple, le CHU de Toulouse avait inscrit dans son projet d'établissement 2018-2022 le renforcement de son équipe d'agents de sécurité et la volonté de mieux les répartir au sein des établissements pour assurer en permanence une présence et une intervention rapide si besoin⁷².

Cependant, on ne peut sous-estimer les risques qu'un tel aménagement peut engendrer. Le sentiment d'être surveillé, filmé, peut angoisser voire irriter l'utilisateur et même le personnel, entraînant des impacts négatifs sur les relations. Le résultat sera alors contraire aux objectifs voulus. Il ne faut pas oublier que le rôle des établissements de santé est avant tout de soigner ses usagers. C'est un lieu d'accueil et le principe d'hospitalité ne doit pas être remis en cause

⁷¹ Masseron, J.-C., & Nion, N. (2023). Rapport sur les violences à l'encontre des professionnels de santé : 44 propositions pour des soins en sécurité, 27. Dans *vie-publique.fr*. <https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/289769.pdf>

⁷² Renaudie, O. (2023). La planification de la sécurité au sein des établissements publics de santé. *RDSS*, n°2, 208.

par un aménagement sécuritaire excessif. La direction devra, au moment de prendre ses décisions, se poser les bonnes questions, notamment la pertinence de ses choix.

Ces dispositifs ne sont là que pour contenir les pulsions de violence et ne peuvent par conséquent être efficaces à 100 %. Aussi, l'hôpital doit tenter de résoudre le problème plus en profondeur et notamment ramener chacun à la raison en rappelant les devoirs et droits des acteurs.

§2. Sécuriser les échanges entre les acteurs : rappeler les devoirs.

Une des raisons qui expliqueraient les relations compliquées entre les professionnels et les usagers ou entre personnels, pourrait être un « oubli » des règles sociales et même légales qui doivent régir leurs rapports. En effet, avec la montée de l'individualisme, les contraintes et conditions de travail dégradées, les usagers et professionnels ont pu relayer au second plan certaines des règles qui régissent la vie en société. L'hôpital se doit donc de les rappeler au sein de son établissement.

Ainsi, l'Hôpital doit rappeler aux soignants leurs devoirs à l'égard des usagers. Si ces devoirs sont prévus par la loi sous l'angle des droits du patient, les soignants doivent les considérer également sous l'angle des règles de savoir-vivre ensemble. Par exemple, le devoir d'information⁷³ ne doit pas seulement être vu comme un droit permettant à l'utilisateur de prendre des décisions concernant sa santé et de consentir ou non à des actes de soins, mais également une manière de faire anticiper au malade sa prise en charge et ainsi éviter de le prendre au dépourvu. Le manque d'informations peut être une source de fortes émotions et peut rendre le patient agressif.

Envisager le devoir à l'information sous cet angle doit ainsi obliger le personnel à penser à l'entourage du malade, qui, attendant des nouvelles de son proche, peut être nerveux et agressif. Les avertir notamment des délais d'hospitalisation peut permettre d'empêcher tout comportement violent de leur part.

Le droit à la prise en charge de la douleur⁷⁴ doit, également, être vu sous cet angle. La souffrance est un facteur connu de désinhibition du patient qui peut devenir agressif voire

⁷³ Article L1111-2 du Code de la santé publique.

⁷⁴ Article L1110-5 du Code de la santé publique.

violent. Le professionnel doit alors prendre en charge sa douleur. Plus qu'une règle de vie en société, cela est commandé par le principe de dignité de la personne humaine.

En règle générale, il est important de rappeler au personnel, son devoir de bienveillance à l'égard du patient. Les difficultés quotidiennes que vivent les soignants ont peut-être eu raison pour certains de cette attitude, mais elle est pourtant essentielle. Le soignant a fait de l'hôpital son quotidien, chaque pathologie lui est connue ainsi que son évolution, tandis que pour le patient, cette grande machine qu'est l'hôpital lui est inconnue et peut, à raison, l'effrayer. Il est important que le professionnel, en s'adressant au malade et à son entourage, en ait conscience et fasse preuve de patience à son égard.

À l'égard des usagers, l'établissement de santé est lui aussi titulaire d'obligations, notamment celle d'accueillir l'utilisateur dans de bonnes conditions. Avec les crises que connaît l'hôpital public, cette exigence a pu être mise de côté. Cependant, il est nécessaire que les directions d'hôpital se souviennent de leur devoir d'hospitalité et revoient la qualité de leur accueil. À titre d'exemple, il peut être repensé l'aménagement des espaces d'accueil et d'attentes, prévoir des coins de jeux pour faire patienter les enfants, *etc.*⁷⁵

En parallèle, l'établissement doit rappeler aux usagers leurs devoirs vis-à-vis du personnel hospitalier. On constate depuis plusieurs années, une montée de l'individualisme dans nos sociétés. Les individus veulent désormais le meilleur sans délai et cela s'illustre particulièrement avec le service public, notamment le service public hospitalier. Il s'est développé dans notre société l'idée que l'utilisateur avait des droits sans devoirs. Cette illusion a été renforcée, dans le domaine de la santé, par la loi du 4 mars 2002⁷⁶ dont l'intitulé est particulièrement représentatif de ce mouvement : loi relative aux droits des malades. Cette conception peut les rendre particulièrement irritables dès qu'un imprévu survient.

Toutefois, tout droit s'accompagne de devoirs. Cela est par ailleurs inscrit à l'article L1111-1 du Code de santé publique qui dispose que « *les droits reconnus aux usagers s'accompagnent des responsabilités de nature à garantir la pérennité du système de santé et des principes sur lesquels il repose* ». Il est à regretter que le législateur et la jurisprudence n'aient pas développé le contenu de ces obligations d'un point de vue individuel⁷⁷.

⁷⁵ Copart, I. (2019). Les incivilités et les violences des usagers dans les établissements de soins. *RDSS*, n°6, 1085

⁷⁶ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

⁷⁷ La loi du 4 mars 2002 évoque des devoirs à titre collectif assumés par les associations de patients et représentants des usagers.

Néanmoins, cela ne doit pas signifier que leur existence est seulement symbolique. Il est du rôle de l'hôpital de rappeler aux usagers, leurs devoirs et notamment leur devoirs de citoyens qui s'appliquent à la ville comme à l'hôpital. Ainsi, ils ont une « obligation de bonne conduite »⁷⁸ qui doit être comprise comme une obligation à double destinataires. D'une part, envers l'établissement, cette obligation repose sur le respect du fonctionnement des services, de la laïcité⁷⁹, du règlement intérieur. D'autre part, cette obligation est exigible envers le professionnel de santé, commandant aux patients de rester courtois envers l'agent qui les prend en charge.

L'établissement a la mission de sensibiliser les usagers. Il peut être aidé par les associations de patients et les représentants des usagers qui peuvent être plus facilement entendus par ce public. Une piste de sensibilisation est la refonte des outils mis au service des patients. Par exemple, la charte relative aux droits des patients, incluse dans le livret d'accueil, doit impérativement devenir la « charte des droits et devoirs des patients ». Idée similaire, la semaine de sensibilisation, organisée par chaque établissement pour expliquer aux professionnels et aux usagers les droits des malades, doit se transformer en semaine des droits et devoirs du patient. La partie sur les devoirs ne doit plus être occultée et au contraire être portée à la connaissance des usagers avec autant d'énergie que la sensibilisation à leurs droits.

Enfin, l'établissement doit rappeler à son personnel les devoirs entre soignants. En effet, étant des agents de la fonction publique, ils doivent observer les principes déontologiques de probité, et d'intégrité qui leur commandent de ne pas tirer de leurs fonctions, des avantages personnels et le principe de dignité qui oblige le soignant à ne pas avoir de comportement qui discrédite le service public⁸⁰.

Pour les professions de santé qui disposent d'un code de déontologie, l'hôpital doit également rappeler à leur connaissance, leur obligation d'entretenir de bons rapports avec les autres professions de santé et leur obligation de confraternité.

L'établissement doit ainsi rappeler les obligations de chacun des acteurs pour que les relations demeurent courtoises et respectueuses. Il se doit aussi de rappeler les sanctions si ces obligations ne sont pas respectées.

⁷⁸ Moquet-Anger, M. (2021). Les obligations de la personne hospitalisée : Les obligations du patient dans ses rapports avec l'établissement de santé. Dans *Droit Hospitalier* (6^e éd., 500). LGDJ.

⁷⁹ La laïcité et son non-respect sont identifiés comme un motif de violence par l'ONVS dans son rapport de 2022.

⁸⁰ Article L121-1 du Code général de la fonction publique

SECTION 2. La dissuasion par la crainte de la sanction.

Si la dissuasion par un cadre sécurisé ne suffit pas, l'hôpital doit pratiquer une dissuasion plus directe, celle du rappel de la sanction. Cette dissuasion peut tout d'abord se faire de manière collective, en portant à l'attention de tous, les sanctions possibles en cas de violences (**paragraphe 1**), puis de manière plus individuelle, par la mise en garde, lorsque le comportement d'un usager ou d'un soignant est problématique (**paragraphe 2**).

§1. Porter à la connaissance des acteurs les sanctions en cas de violences.

Parfois, rappeler à chacun que les violences sont interdites ne suffit pas à dissuader l'auteur de passer à l'acte, car cela reste trop abstrait dans son esprit, tant les conséquences concrètes restent inconnues. Aussi, l'hôpital, pour renforcer sa dissuasion, doit porter à la connaissance de chacun, les sanctions auxquelles les auteurs de violences s'exposent.

Par exemple, l'hôpital doit informer que les faits de harcèlement, sexuel ou moral, sont des délits sanctionnés respectivement de deux ans d'emprisonnement et 30000 euros d'amende⁸¹ et d'un an d'emprisonnement et 15000 euros d'amendes⁸². Il a pu ainsi être confirmé par la chambre criminelle de la Cour de cassation, la condamnation d'une directrice d'un Centre hospitalier à cinq mois d'emprisonnement avec sursis pour des faits de harcèlement moral à l'encontre de plusieurs agents⁸³.

Doit également être porté à la connaissance des potentiels auteurs, le fait que violenter un professionnel de santé occupant des fonctions publiques est puni plus sévèrement.

En effet, étant des personnes chargées d'une mission de service public, tout acte de violence à leur égard, pourra constituer également un délit d'outrage à agent. Cette infraction est punie d'une amende de 7500 euros⁸⁴. Le législateur définit largement cet outrage puisque cela vise « *les paroles, les gestes ou menaces, les écrits ou images de toute nature non rendus*

⁸¹ Article 222-33 du Code pénal, les faits sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45000 euros d'amende lorsque les faits sont commis par une personne abusant de l'autorité conférée par ses fonctions.

⁸² Article 222-33-2-2 du Code pénal, les faits sont punis de deux ans d'emprisonnement et de 30000 euros d'amende lorsqu'ils ont entraîné une incapacité totale de travail supérieure à huit jours.

⁸³ Cass., crim., 25 juin 2024, n°23-83.613

⁸⁴ Article 433-5 alinéa 1 Code pénal

publics ou l'envoi d'objets quelconques adressés à une personne chargée d'une mission de service public, dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de sa mission, et de nature à porter atteinte à sa dignité ou au respect dû à la fonction dont elle est investie »⁸⁵. Ainsi, un usager a été condamné à une amende pour outrage sur des personnels de santé chargée d'une mission de service public commis en réunion et de violence aggravée sur un soignant suivie d'une incapacité n'excédant pas 8 jours⁸⁶.

Par ailleurs, leur statut de professionnel de santé et/ou d'agent public, constitue une circonstance aggravante en cas d'atteinte à leur personne. Par exemple, en cas de diffamation commise à l'encontre d'un fonctionnaire le délit est puni, conformément à l'article 31 de la loi de 1881 sur la liberté de la presse, à une amende pouvant monter jusqu'à 45 000 euros⁸⁷. Une QPC avait été posée tendant à faire constater que cet article portait atteinte aux droits et libertés garantis par les articles 1^{er}, 6, 8, 9 et 15 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen. Cet article méconnaîtrait le principe d'égalité en fixant une amende pour diffamation publique envers un fonctionnaire public, plus élevée que celle encourue pour des particuliers. Cependant, la chambre criminelle de la Cour de cassation a jugé que la question ne présentait pas de caractère sérieux dès lors que, d'une part, le principe d'égalité ne s'oppose pas à ce que le législateur règle de façon différente, des situations différentes et, que d'autre part, l'amende en cas de diffamation envers un fonctionnaire publique sanctionne non seulement l'atteinte faite au fonctionnaire mais également l'atteinte faite à la fonction⁸⁸. Cependant, en pratique, il est rare que l'amende soit aussi élevée. En 2020, la chambre criminelle a confirmé une amende de 8000 euros pour diffamation à l'encontre d'un fonctionnaire public et d'un centre hospitalier, dans des interviews et « tweets » ainsi que dans le livre « Hôpitaux en détresse, patient en danger »⁸⁹.

Les sanctions sont également renforcées en cas de violences portées à un soignant. Il faut rappeler que les violences visées par les articles du Code pénal peuvent être physiques ou

⁸⁵ Article 433-5 alinéa 1 Code pénal

⁸⁶ CA Toulouse, 18 mars 2008, n°07/00382

⁸⁷ Pour les diffamations envers des particuliers, l'amende s'élève jusqu'à 12 000 euros (article 32 de la loi 1881).

⁸⁸ Cass. crim., 16 juillet 2010, n°10-90.081

⁸⁹ Cass., crim., 13 octobre 2020, n°19-83.099

psychiques⁹⁰. La sanction est fixée proportionnellement à la gravité de l'état de santé de la victime et si la violence était volontaire ou non⁹¹.

En cas de violence volontaire n'ayant pas entraîné une incapacité totale de travail⁹², ou une ITT inférieure ou égale à 8 jours, la peine est fixée à trois ans d'emprisonnement et 45 000 euros d'amende⁹³. Si l'ITT est supérieur à 8 jours, la peine est fixée à cinq ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende⁹⁴. Si les violences ont entraîné une mutilation ou une infirmité permanente, elles sont punies de quinze ans de réclusion criminelle⁹⁵. Enfin, si la violence a entraîné la mort du soignant, la peine encourue est de 20 ans de réclusion criminelle⁹⁶.

Il semblerait que le législateur renforce à l'avenir les sanctions, en cas de violence à l'encontre des professionnels de santé, via la proposition de loi n°2093 *visant à renforcer la sécurité des professionnels de santé*. En effet, les pouvoirs publics ont tout d'abord la volonté d'ouvrir le délit d'outrage à tous les professionnels de santé et non plus seulement à ceux chargés d'une mission de service public⁹⁷. Cela signifie que seraient maintenant concernés les professionnels de santé exerçant à l'hôpital, en EHPAD, en cabinet, en centre de santé, en pharmacie.

Cette proposition de loi vient également renforcer toutes les sanctions prévues en cas de violences lorsqu'elles sont commises sur tout le personnel d'établissement de santé, un public plus large que le personnel de santé. Pour l'ensemble de ce personnel, les sanctions applicables en cas de violence à leur encontre seront les mêmes que celles prévues pour les violences à l'encontre des professionnels de santé.

Ces propositions ne peuvent qu'être saluées : outre l'élargissement de la protection à l'ensemble du personnel à l'hôpital et le renforcement des peines applicables qui peuvent avoir un effet dissuasif plus important, il faut souligner l'aspect symbolique de telles mesures : les

⁹⁰ Article 222-14-3 du Code pénal

⁹¹ La violence peut être involontaire dans les cas où des personnes atteintes de troubles mentaux blessent les soignants pendant une crise.

⁹² CA Rouen, 11 juin 2008, n°07/00938 : a été condamné à une amende de 270 euros pour violence sur la personne d'un infirmier chargée d'une mission de service public, un individu pour avoir porté des « coups de poings au visage et au dos » ainsi que pour l'avoir « mordu au flanc ». En l'espèce, la personne, non usager du centre hospitalier, tentait d'accéder au self réservé aux patients⁹².

⁹³ Article 222-13 4° bis du Code pénal

⁹⁴ Article 222-12 4° bis du Code pénal

⁹⁵ Article 222-10 4° bis du Code pénal

⁹⁶ Article 222-8 4° bis du Code pénal

⁹⁷ Article 2 de la proposition de loi n°2093 visant à renforcer la sécurité des professionnels de santé adopté en première lecture à l'Assemblée Nationale. https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/textes/116t0259_texte-adopte-seance

soignants deviennent « officiellement » des personnes essentielles pour notre société que l'État se doit de protéger davantage que les citoyens lambda.

Si l'affichage des sanctions ne suffit pas à dissuader les individus et qu'il est porté à la connaissance de la direction des comportements problématiques, la direction doit alors mettre en garde individuellement le fauteur de troubles des sanctions applicables.

§2. Pratiquer la mise en garde comme protection des soignants.

Si le rappel collectif des sanctions applicables en cas de violence ne suffit pas à dissuader un usager ou un professionnel, l'hôpital doit alors mettre en garde individuellement ce dernier, que ses agissements sont passibles de sanctions administratives, pénales et, en cas de professionnels violents, disciplinaires.

Ainsi, pour faire cesser des agissements agressifs, des manquements au règlement intérieur, aux conditions de séjours⁹⁸ et aux règles de civisme, l'hôpital peut rappeler au fauteur de troubles, ses devoirs par une lettre de rappel à la loi, aussi appelé lettre de rappel à la civilité.

Ce mécanisme permet de raisonner l'usager ou son entourage et pourra ainsi éviter qu'une situation ne s'aggrave et que des faits de violence ne soient commis. La lettre rappellera au destinataire ses obligations et, dans le cas où il persisterait, que des sanctions pourront être prises à son encontre, comme sa sortie, si c'est un patient, ou une interdiction de visite, si c'est un visiteur. Ce mécanisme permet aussi de montrer l'implication de la direction dans le bien-être de ses soignants, et également que la direction garde un œil sur le comportement du patient. Cela peut avoir un effet très dissuasif.

Cette lettre doit se composer obligatoirement de trois parties, tout d'abord un rappel de la règle à laquelle un manquement a été fait. Cela peut être un article du Code pénal, un extrait du règlement intérieur de l'hôpital. Ensuite, dans une seconde partie, les faits sont rappelés. L'auteur de la lettre doit écrire un rapport des faits le plus circonstancié possible, ce qui doit l'obliger à communiquer avec les soignants victimes et témoins du comportement fautif. Plus les faits seront précis et détaillés, plus le destinataire se sentira concerné. Enfin, en dernière partie, doivent être rappelées au destinataire, les sanctions applicables qui existent si ce dernier

⁹⁸ Article R1112-40 à R1112-55 du Code de la santé publique.

persiste. Elle doit être signée par le directeur général ou un de ses représentants, tel que le directeur des ressources humaines.

Ces lettres permettront également d'avertir le destinataire avant toute décision de sanction, comme cela est imposé par l'article R1112-49 du Code de la santé publique relatif à la sanction prise à l'encontre d'un patient. Cet article commande que le fautif doit avoir été « dûment averti ».

Ce mécanisme nécessite que la direction soit rapidement mise au courant de la situation vécue les soignants, afin qu'elle adresse la lettre de rappel à la loi au patient ou à l'entourage le plus tôt possible. En effet, ces situations de tensions peuvent rapidement dégénérer et la lettre devient alors inutile. Ensuite, le contenu de la lettre doit être personnalisé, l'administration se doit de reprendre les faits allégués par les soignants pour que le courrier ne ressemble pas à un courrier automatique qui aurait un effet beaucoup moins dissuasif sur l'utilisateur. Enfin, il faut que la direction se tienne au courant de l'évolution de la situation.

Le mécanisme est, à l'origine, pensé pour des incivilités ou violences commises à l'encontre des soignants par des usagers ou leur entourage. Cependant, il peut être, tout à fait, transposé pour des incivilités commises entre soignants et devenir une lettre de rappel à la déontologie.

En effet, la lettre peut rappeler aux professionnels, les principes déontologiques dus à leur statut d'agent public. Si la profession de l'agent concerné possède un code de déontologie, la lettre rappellera ses devoirs déontologiques. Pour prendre l'exemple de la déontologie médicale, le médecin se doit « *d'entretenir de bons rapports avec les membres des professions de santé* »⁹⁹, mais également partager « *ses connaissances et son expérience avec les étudiants et internes en médecine durant leur formation dans un esprit de compagnonnage, de considération et de respect mutuel* »¹⁰⁰. De plus, « *les médecins doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité* »¹⁰¹. Ces obligations se retrouvent chez les infirmiers¹⁰², chez les sages femmes¹⁰³, les chirurgiens-dentistes¹⁰⁴. En cas de suspicion d'infractions pénales, la lettre se fondera également sur les textes législatifs adéquats.

⁹⁹ Article R4127-68 du Code de la santé publique

¹⁰⁰ Article R4127-68-1 du Code de la santé publique

¹⁰¹ Article R4127-56 du Code de la santé publique.

¹⁰² Voir les articles R4312-25 et R4312-28 du Code de la santé publique.

¹⁰³ Voir les articles R4127-354 et R4127-359 du Code de la santé publique.

¹⁰⁴ Voir les articles R4127-259 et R4127-282 du Code de la santé publique

Prévenir l'agent que son comportement l'expose à des sanctions avant toute procédure disciplinaire peut avoir des avantages. Si les agissements sont réels, cette mise en garde pourra mettre fin aux comportements problématiques. Prévenir l'agent mis en cause pourra également permettre de recueillir la vision sa vision des faits. Il faut, en effet, rappeler que la direction doit, en cas de signalement de violences, essayer de garder un regard neutre sur la situation et prêter une écoute impartiale pour chaque personne concernée. Des réponses pourront également être trouvées pour que la situation cesse ou ne s'envenime pas. Enfin, ces lettres, mesures internes ne pouvant faire l'objet de recours devant le juge, serviront d'exemples pour l'établissement auprès des autres professionnels de santé. Cela montrera la volonté de l'établissement de combattre toutes formes de violences, qu'elles viennent de l'extérieur comme de l'intérieur.

Ces mesures à destination des soignants, usagers et tiers à l'hôpital sont préventives, par conséquent, elles n'agissent que dans les moments qui précèdent les violences. Aussi efficaces qu'elles soient, le changement des mentalités et des comportements prend du temps et ne peut être total. Aussi, les soignants se retrouveront confrontés durant leur carrière à des violences. Pour assurer une protection complète, l'hôpital doit par conséquent prévoir une protection post-violence.

PARTIE 2. Agir après la violence : penser la protection de l'ensemble du personnel

Malgré la prévention mise en place à l'hôpital, des violences sont néanmoins commises sur les professionnels de santé pendant l'exercice de leurs fonctions. La direction doit alors réfléchir à des procédures afin d'être en capacité de répondre aux besoins du soignant victime et de l'ensemble du personnel.

De telles procédures découlent du devoir de protection dont l'établissement est titulaire envers son personnel¹⁰⁵. Le Code général de la fonction publique prévoit, en effet, dans le cadre de la protection fonctionnelle, que l'employeur public, en cas de violences à l'encontre de son agent, fasse cesser le risque auquel ce dernier est exposé¹⁰⁶, le protège et l'assiste pendant toute la durée de l'atteinte¹⁰⁷ et, enfin, qu'il répare les préjudices qui résultent de l'atteinte¹⁰⁸.

La protection inscrite dans ce Code cible naturellement l'agent directement victime des violences. Cependant, les actions de l'hôpital ne doivent pas seulement être pensées pour protéger ce soignant, mais l'ensemble du personnel. Dans les faits, le personnel doit être considéré comme une victime indirecte des violences et a besoin que l'hôpital remplisse son devoir à son égard. Par exemple, si l'hôpital ne cherche pas à sanctionner lui-même l'auteur de la violence, la récurrence sur d'autres professionnels est alors possible et ainsi le risque perdure. Également, l'acte de violence qui a eu lieu dans le service a troublé la tranquillité qui pouvait exister. L'hôpital, alors, a le devoir de réparer en nature ce préjudice, c'est-à-dire de rétablir la sérénité nécessaire pour que l'équipe travaille dans des conditions optimales.

Ainsi, après une attaque, l'établissement doit agir pour protéger son soignant en mobilisant la protection fonctionnelle (**chapitre 1**) et pour protéger l'ensemble de son personnel en réduisant le risque de nouvelles atteintes (**chapitre 2**).

¹⁰⁵ Article L134-5 du Code général de la fonction publique.

¹⁰⁶ Article L134-6 du Code général de la fonction publique.

¹⁰⁷ Article L134-5 du Code général de la fonction publique.

¹⁰⁸ Article L134-5 du Code général de la fonction publique.

CHAPITRE 1. Protéger le soignant victime : une nouvelle lecture de la protection fonctionnelle pour un rétablissement complet.

En cas d'attaque à l'encontre d'un agent public, la protection fonctionnelle est la réponse de l'administration. Élevée par le Conseil d'État au rang des principes généraux du droit¹⁰⁹, la protection fonctionnelle a été ensuite confirmée par l'article 11 de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 *portant droits et obligations des fonctionnaires* puis codifiée aux articles L134-1 à L134-12 du Code général de la fonction publique.

Cette protection fonctionnelle doit être appréhendée par l'hôpital comme une véritable obligation d'accompagnement de son personnel dans son rétablissement. En effet, mettre fin à l'atteinte puis réparer les préjudices causés au soignant tout en l'accompagnant dans ses poursuites pour voir son agresseur condamné, participer à sa convalescence et à sa réintégration professionnelle.

Aussi, pour assurer une aide efficace au rétablissement, l'hôpital doit adapter sa protection fonctionnelle à son destinataire (**section 1**) et que celle-ci réponde aux enjeux actuels (**section 2**).

SECTION 1. Adapter la protection fonctionnelle au soignant victime.

En théorie, la protection fonctionnelle a pour objectif, comme son nom l'indique, de protéger la fonction qui, à travers l'agent public violenté, a été atteinte. Cependant, en pratique, on observe un changement de « sujet protégé » si bien qu'on passerait d'une protection fonctionnelle à une protection personnelle (**paragraphe 1**) obligeant l'hôpital à introduire des mesures d'une nouvelle nature (**paragraphe 2**).

§1. Une personnalisation de la protection fonctionnelle.

Héritière de la garantie prévue à l'article 75 de la Constitution du 22 Frimaire An VIII qui protégeait l'administration en soumettant à autorisation du Conseil d'État toutes poursuites d'agents du Gouvernement pour des faits relatifs à leur fonction, la protection fonctionnelle a été conçue pour, elle aussi, protéger l'administration de toutes atteintes qui pourraient en

¹⁰⁹ CE, sect., 26 avril 1963, *CH de Besançon*, n° 42783, *Lebon* 243

paralyser le fonctionnement. Elle est ainsi une conséquence des « lois Rolland » en ce qu'elle permet d'assurer la continuité du service public contre les attaques extérieures¹¹⁰.

Ainsi, la protection fonctionnelle fondait son existence sur les fonctions de l'agent. Elle ne se mettait en place que s'il était établi qu'à travers l'agent, c'est le service de l'administration qui avait été attaqué. C'est pourquoi le Conseil d'État, dans son arrêt *Vacher*, a très vite limité la protection fonctionnelle « *aux actes accomplis dans l'exercice des fonctions, elle ne s'applique pas aux actes ayant entraîné de telles menaces et attaques accomplis par un fonctionnaire en tant que tel mais inspirées par un mobile personnel* »¹¹¹.

Si le lien avec les fonctions de l'agent est toujours une condition obligatoire, rappelée régulièrement par la jurisprudence¹¹², pour que la protection fonctionnelle soit mise en œuvre, on observe cependant un basculement bienvenu dans le raisonnement¹¹³. En effet, si autrefois, la protection fonctionnelle protégeait les fonctions à travers l'agent, il semblerait qu'au fil des années, le mécanisme s'est personnalisé, c'est-à-dire qu'à la protection des fonctions s'est substituée une protection de l'agent en tant qu'individu.

Cela commence tout d'abord avec l'article 11 de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires qui dispose que « *la collectivité publique est tenue de protéger le fonctionnaire contre les atteintes volontaires à l'intégrité de la personne contre les menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou outrages dont ils pourraient être victimes à l'occasion de leurs fonctions, et de réparer, le cas échéant, le préjudice qui en est résulté* ». Cette rédaction, reprise partiellement à l'article L134-5 du Code général de la fonction publique, déclare un droit pour l'agent et une obligation pour l'employeur public. En effet, si les conditions pour l'octroi de la protection fonctionnelle sont remplies, c'est-à-dire d'une part, une attaque due à un comportement en lien avec les fonctions et d'autre part, un lien entre le fonctionnaire et les attaques, l'employeur public doit accorder la protection

¹¹⁰ Reneau, R. (2023). De la protection fonctionnelle à la protection personnelle de l'agent public ? *AJFP*, n°4, 196.

¹¹¹ CE, sect., 10 décembre 1971, *Vacher*, n° 77764, *Lebon*, 748

¹¹² Exemple CE, 15 février 2024, n°462435, *sera mentionné au recueil Lebon* : la protection fonctionnelle n'est pas due quand le vol du véhicule d'un sapeur-pompier volontaire n'est pas lié à sa qualité d'agent public.

¹¹³ Bédarrides, E. (2014). Les contours et enjeux de la protection fonctionnelle. Dans Fortier C., *Le statut général des fonctionnaires : Trente ans, et après ?* (Thèmes et commentaires, Vol. 1, 263). Dalloz.

fonctionnelle. Cette obligation de l'employeur est depuis longtemps admise par la jurisprudence et il importe peu que l'agent violenté ait eu un comportement peu satisfaisant¹¹⁴.

Ainsi, s'il a été consacré un droit pour l'agent public, la condition d'atteinte aux fonctions devient secondaire. En effet, l'exercice des fonctions va désormais permettre à l'agent d'être titulaire du droit à la protection fonctionnelle et, dès lors que celui-ci sera victime, que ses fonctions soient atteintes ou non, il pourra alors se voir octroyer la protection fonctionnelle.

Cette personnalisation peut également s'illustrer par l'utilisation du mécanisme de protection fonctionnelle pour des faits de violences internes au service public. En effet, à l'origine, la protection fonctionnelle étant prévue pour préserver les fonctions, elle ne s'appliquait dès lors qu'aux atteintes extérieures au service, c'est-à-dire des atteintes commises par les usagers¹¹⁵. Or, aujourd'hui, la protection fonctionnelle s'est ouverte aux violences internes témoignant du basculement vers une protection de l'agent et non plus des fonctions.

Ainsi, il est désormais admis d'utiliser la protection fonctionnelle contre le supérieur hiérarchique ou un autre agent public en cas de violences. Cela est régulièrement confirmé par la jurisprudence qui estime que si la protection fonctionnelle n'est pas applicable « *aux différends susceptibles de survenir, dans le cadre du service, entre un agent public et l'un de ses supérieurs hiérarchiques, il en est différemment lorsque les actes du supérieur hiérarchique sont, par leur nature ou leur gravité, insusceptibles de se rattacher à l'exercice normal du pouvoir hiérarchique* »¹¹⁶. En l'espèce, un praticien hospitalier contestait le refus de l'hôpital de faire droit à sa demande de protection juridictionnelle alors qu'il se déclarait victime d'une agression verbale et physique de la part du directeur du centre hospitalier.

Cette même jurisprudence vient également trancher la problématique de l'impartialité dans la décision d'octroyer ou non la protection fonctionnelle. En effet, en théorie, c'est au directeur de l'hôpital de décider de l'attribuer, mais qu'en est-il lorsque ce même agent est en cause ? Le Conseil d'État vient rappeler que le pouvoir d'octroyer ou non la protection fonctionnelle, doit être détenu par une personne impartiale. Si une demande de protection fonctionnelle est notifiée pour des faits mettant en cause le directeur général, c'est au DGARS

¹¹⁴ CE, 24 juin 1977, *Dame Deleuze*, n°93480, *Lebon*, 294. En l'espèce, une directrice d'établissement d'enseignement s'était vue refuser la protection fonctionnelle par le Ministre de l'Éducation nationale au motif qu'elle ne s'acquittait pas de ses fonctions.

¹¹⁵ Guérin-Bargues, C. (2009). De l'article 75 de la Constitution de l'an VIII à la protection juridique du fonctionnaire. *RFDA*, n°5, 975.

¹¹⁶ CE, 29 juin 2020, n°423996, *Lebon*, 237.

de prendre la décision. Ainsi, le Conseil d'État a la volonté de protéger l'agent victime en permettant une décision impartiale qui ne peut qu'être la bienvenue en ce qu'elle participe à la protection des soignants contre les violences venant de leur hiérarchie.

Un fait de violence interne représentatif de ce basculement est le harcèlement. Le législateur le définit comme des agissements répétés qui ont pour « *objet ou pour effet une dégradation des 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* »¹¹⁷. Par conséquent, le harcèlement est une atteinte à l'intégrité physique de l'agent, une atteinte personnelle sans lien avec ses fonctions.

Pendant longtemps, des faits de harcèlement, sexuel ou moral, ne permettaient pas de se voir octroyer la protection fonctionnelle. Au fil des années, la jurisprudence est venue reconnaître cette possibilité, d'abord par le Conseil d'État en 2010 dans son arrêt *Commune Hænheim*¹¹⁸ qui admet l'octroi de la protection fonctionnelle pour des faits de harcèlement moral puis par le Tribunal des conflits dans sa jurisprudence *Commune de Sainte-Colombe* pour des faits de harcèlement sexuel¹¹⁹. Néanmoins, en pratique, peu de décisions renaient la qualification de harcèlement et par conséquent accordaient la protection fonctionnelle¹²⁰.

La possibilité s'est ouverte avec l'ajout de la notion de harcèlement parmi les violences listées à l'article 11 *de la loi du 13 juillet 1983 par la loi n°2016-483 du 20 avril 2016 relative à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires*¹²¹. Cette modification est une représentation claire du changement de logique et de la volonté que la protection de l'agent supplante la protection des fonctions.

Ainsi, on remarque une personnalisation de la protection fonctionnelle dans les conditions pour sa mise en œuvre. Cette personnalisation doit se poursuivre et atteindre tous les aspects du mécanisme, notamment dans les moyens pour accompagner le professionnel et réparer les préjudices.

¹¹⁷ Article L1152-1 du Code du travail

¹¹⁸ CE, 12 mars 2010, *Commune Hænheim* n°308974, *Lebon*, 821.

¹¹⁹ TC, 18 février 2013, *Marty c/ Commune de Sainte-Colombe*, n°3889, *Lebon*, 501

¹²⁰ L. Benoiton (2011), La protection de l'agent public victime de harcèlement moral, RD publ, 811.

¹²¹ Le harcèlement avait déjà été inséré à l'article 6 quinquies de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 *portant droits et obligations des fonctionnaires* par la loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 *de modernisation sociale*. Cet article prévoyait qu'« aucun fonctionnaire ne doit subir les agissements répétés de harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet une dégradation des 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 »

En effet, l'objectif pour l'administration ne doit plus se cantonner à ce que le service reprenne son fonctionnement ordinaire, mais également, et surtout, que l'agent puisse lui aussi reprendre sa vie professionnelle et retrouver une situation paisible et sûre après l'attaque dont il a été victime.

L'hôpital doit alors personnaliser ses mesures pour que la protection fonctionnelle plus subjective s'adapte à chaque besoin, à chaque situation. Cela faisant, il introduira une dimension davantage humaine et sociale dans un mécanisme qui en manque cruellement.

§2. Introduction d'une dimension humaine dans la protection fonctionnelle.

Depuis sa création, l'employeur public, et notamment les hôpitaux, ont développé la protection fonctionnelle autour d'outils principalement financiers. En effet, aujourd'hui, l'hôpital prend en charge financièrement les préjudices qui résultent de l'atteinte et les frais d'avocats et de procédures. Il est alors à déplorer le manque d'humanité dans ces mesures de la protection fonctionnelle. L'hôpital devrait s'intéresser davantage à l'agent et ne pas se contenter d'indemniser. S'arrêter à des mécanismes financiers donne l'impression d'un hôpital employeur qui veut clore le sujet au lieu de réellement aider son personnel.

Cette réalité peut s'expliquer notamment par l'ancienne logique objective de la protection fonctionnelle. En effet, l'idée que la protection fonctionnelle portait sur la notion de fonctions conduisait l'établissement à mettre en place une réparation objective adéquate, c'est-à-dire la prise en charge financière.

Cela peut s'expliquer, également, par le peu d'indications laissées pour mettre en œuvre concrètement la protection fonctionnelle. En effet, comme expliqué précédemment, le législateur énonce dans le Code général de la fonction publique que les trois objectifs auxquels doit répondre l'employeur public sont : mettre fin à l'attaque, accompagner son agent et réparer les préjudices subis. La Jurisprudence en fait tout autant, puisque le Conseil d'État précise que l'obligation de protection qu'assume l'employeur public, a deux objectifs différents à savoir, « *faire cesser les attaques auxquelles le fonctionnaire ou l'agent public est exposé [...] mais aussi de lui assurer une réparation adéquate des torts qu'il a subis* » ainsi que « *prendre les mesures lui permettant de remplir son obligation vis-à-vis de son agent, sous le contrôle du juge et compte tenu de l'ensemble des circonstances* »¹²². Mais, mise à part ces objectifs, rien

¹²² CE ,24 juill. 2019, *Ministre de l'Économie et des Finances c. M. Cagnat*, n° 430253, *Lebon*, 795.

n'est indiqué sur les moyens concrets pour les atteindre. Alors, manquant de créativité, l'administration s'est concentrée sur des mesures aisées à mettre en place, des dispositifs financiers c'est-à-dire la prise en charge des frais d'avocat, et la réparation en espèces des torts causés. La grande liberté que leur laissent les textes législatifs a paradoxalement limité l'administration dans ses actions et a laissé ce mécanisme inexploité¹²³.

Cependant, le changement de logique qui transforme la protection fonctionnelle doit réveiller la créativité de l'hôpital. En effet, la protection fonctionnelle subjective doit obliger l'établissement de santé à penser à des mesures plus subjectives, des mesures plus sociales. L'objectif est de participer directement au rétablissement de l'agent et non plus indirectement via une prise en charge financière. L'établissement doit être actif dans la convalescence de son soignant en lui proposant diverses aides qu'il sera libre de prendre ou non, le but n'étant pas de s'immiscer dans sa vie privée. Une seule règle doit encadrer la conception de telles mesures : que les réponses apportées soient appropriées¹²⁴ et suffisantes¹²⁵.

La jurisprudence donne quelques exemples de mesures que pourrait proposer l'hôpital. En effet, il peut être organisé par l'hôpital un entretien entre le soignant et le directeur général, ou un de ses représentants tel que le directeur des ressources humaines, en présence d'un psychologue afin de permettre à l'agent de s'exprimer¹²⁶. Cela peut avoir des effets bénéfiques si l'agent victime de violences s'exprime avec difficultés en raison du choc. Le psychologue par sa présence peut aider à libérer la parole du soignant mais également faciliter l'échange, en proposant au directeur un registre lexical afin de ne pas heurter la sensibilité du personnel victime.

Plus généralement, dans l'objectif d'aider le soignant victime à se rétablir, la direction doit proposer l'aide d'un psychologue du travail dès les premiers contacts. L'hôpital peut également mettre en place un programme psychologique individuel que peuvent proposer des compagnies d'assurances¹²⁷.

¹²³ Cochereau, M. (2023). Les mesures de protection fonctionnelle : Une diversité inexplorée et inexploitée. *AFJP*, n°4, 192.

¹²⁴ CE, sect., 18 mars 1994, *Rimasson*, n° 92410, *Lebon*, 147

¹²⁵ CE, 14 octobre 2009, *Mme El Mechat*, n° 315956, *Lebon*, 776

¹²⁶ CAA Marseille, 23 décembre 2014, n° 13MA03535, *Lebon*

¹²⁷ CAA Paris, 2 mai 2017, n° 16PA02471, *Lebon*

Une autre possibilité de mesures est la prise de position officielle de la part de la direction. Tout comme le secret de l'atteinte subie le soignant ne durera pas, car souvent objet de rumeurs au sein du personnel ou d'article de la presse locale, le soutien de l'institution doit être public, sauf volonté expresse du professionnel de santé. Aussi l'hôpital doit, dans le cadre de ce mécanisme, montrer officiellement son soutien à son personnel victime. Cela se fera par une lettre de soutien de l'institution adressée au professionnel de santé concerné et par une action de communication à destination de l'ensemble du personnel ou des usagers. Par exemple, en cas de violences entre personnels, la direction peut prendre l'initiative, en accord avec le soignant victime ou sur sa demande, de rédiger une note interne pour mettre fin aux rumeurs qui circuleraient et pourraient rendre difficile la réinsertion professionnelle de cet agent.

Se positionner en faveur de l'agent victime peut, cependant, ne pas toujours être aisé. En effet, dans une situation de violences internes, l'administration se doit d'être impartiale au moment de son enquête interne, pour déterminer objectivement la réalité des faits allégués. À ce moment précis de la protection fonctionnelle, se positionner en faveur de l'agent présumé victime reviendrait à dénoncer l'auteur présumé des faits comme coupable aux yeux des autres membres du personnel et ainsi serait contraire à l'obligation de protection que l'hôpital assume à l'égard de tout agent. Cependant, à ce stade, sans citer les personnes concernées, l'hôpital peut utiliser la note de service pour rappeler que les faits allégués, qu'ils soient réels dans l'affaire ou non, sont graves et que l'hôpital ne tolère en aucun cas ce genre de comportement. La victime se sentira alors soutenue, sans que l'hôpital ait eu, en l'espèce, à prendre position pour l'un ou l'autre de ses agents jusqu'à la fin de l'enquête.

Ces mesures ne sont que des exemples. Le peu de précisions apportées par le législateur sur la mise en application de la protection fonctionnelle laisse une grande liberté à l'hôpital qui doit s'en saisir. Une commission peut par exemple être créée au sein des hôpitaux, qui regrouperait les syndicats, les représentants du personnel, le médecin du travail et la direction, pour proposer de nouvelles mesures de cette protection au regard du contexte, des demandes et des moyens de l'établissement.

En parallèle du travail sur ces nouvelles pistes, doivent être également retravaillées les mesures principales de la protection fonctionnelle. L'assistance juridique et la prise en charge des préjudices doivent être améliorées pour acquérir un aspect plus personnalisé.

SECTION 2. Réviser les mesures phares de la protection fonctionnelle à la lumière des enjeux actuels.

Classiquement, comme expliqué précédemment, l'employeur public met en place la protection fonctionnelle par deux moyens : l'assistance juridique auprès de son agent et la réparation des torts causés par l'atteinte.

Dans les faits, ces mécanismes se caractérisent par leur réalité principalement financière, leur donnant un aspect objectif et froid, non en adéquation avec la protection fonctionnelle voulue aujourd'hui. Cela doit obliger l'hôpital à revoir ces mesures pour les rendre plus humaines et davantage au service de l'agent victime.

Par conséquent, l'assistance juridique doit être complétée (**paragraphe 1**) et l'analyse par l'hôpital des préjudices doit être plus réaliste (**paragraphe 2**).

§1. Compléter l'assistance juridique de la protection fonctionnelle

Dans son rapport de 2022, l'ONVS liste les raisons pour lesquelles les soignants victimes renoncent à porter plainte contre l'auteur de violences. Sur les 6 motifs énoncés, trois d'entre eux concernent le processus judiciaire. En effet, sont listées comme raisons, une « incompréhension que l'établissement ne puisse pas déposer plainte à leur place », un « temps d'attente très long pour déposer plainte », et une « crainte de s'engager dans un processus judiciaire méconnu et parfois long »¹²⁸.

Ces motifs illustrent une défaillance de l'assistance juridique que doit l'hôpital à son personnel victime. En effet, une assistance suffisamment efficace devrait pouvoir atténuer ces freins, voire les supprimer. Par conséquent, l'hôpital doit repenser son assistance juridique et aller au-delà de sa lecture traditionnelle, c'est-à-dire une lecture réduite à la seule prise en charge des frais d'avocat et de procédures.

¹²⁸ Observatoire national des violences en milieu de santé. (2022). Rapport 2022 : Données 2020 et 2021, 126 Dans *sante.gouv.fr*. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_rapport_onvs_2022_donnees_2020-2021_.pdf

A) La mission de conseil de l'hôpital

Avant même de demander l'aide d'un avocat, d'autres démarches doivent être réalisées, telles que le dépôt de plainte. À ce stade, le soignant peut n'avoir qu'un interlocuteur pour le renseigner : son employeur.

Ainsi, l'hôpital a un rôle de conseil juridique à développer dans le cadre de son assistance. Il peut, par exemple, s'exercer au cours d'un entretien, librement consenti par le professionnel concerné, qui expliquerait les démarches à effectuer, notamment celle du dépôt de plainte. Au cours de cet entretien, il pourra poser également ses questions. L'objectif est de diminuer les appréhensions qui sont un frein puissant à la volonté de voir le fautif puni. Les renseignements au cours de cet entretien peuvent être nombreux, il peut alors être décidé de réaliser plusieurs rencontres pour que le soignant puisse assimiler les informations.

Dans tous les cas, l'échange portant sur le dépôt de plainte doit intervenir rapidement après l'agression. En effet, si le soignant veut porter plainte, il doit le faire le plus rapidement possible. Dans ces situations, il faut compter en heures. Porter plainte rapidement permettrait, tout d'abord, aux enquêteurs d'agir dans le cadre du flagrant délit/crime défini à l'article 53 du Code de procédure pénale comme « *le crime ou le délit qui se commet actuellement, ou qui vient de se commettre* » et ainsi laisserait aux forces de l'ordre une marge de manœuvre plus importante comparée à une enquête dite préliminaire. Deuxièmement, porter plainte rapidement permettrait de montrer l'impact qu'a eu l'agression sur la santé mentale et physique du soignant. Il est important de déposer plainte rapidement pour des raisons de précision. Plus le soignant attend, plus la mémoire lui fera défaut et plus son témoignage manquera de précisions. Enfin, inconsciemment, plus le temps entre l'acte et la dénonciation au poste de police est long, plus l'enquêteur risque de percevoir la gravité de façon atténuée.

Le mot d'ordre doit donc être la rapidité. L'entretien doit se tenir dans les premières heures qui suivent l'attaque¹²⁹, pour pouvoir répondre aux questions du soignant si ce dernier hésite à agir. Cela nécessite deux conditions, que d'une part le signalement se fasse rapidement et soit directement porté à l'intention des personnes responsables et que d'autre part, les personnes qualifiées puissent se mettre rapidement à disposition du soignant pour réaliser cette rencontre.

¹²⁹ Dans les cas où l'acte de violence est un fait unique. En cas de harcèlement, l'entretien se tiendra lorsque le soignant aura porté à la connaissance de la Direction, l'existence des faits.

Concernant le bon fonctionnement du signalement, cela dépendra de la bonne communication de l'hôpital durant la phase de la prévention ainsi que de la facilité à remplir la fiche de signalement.

Quant à la disponibilité des personnes qualifiées, plus ces personnes aptes à mener l'entretien seront nombreuses, plus la plage de disponibilité sera importante. On peut identifier comme qualifiées les personnes travaillant dans le service chargé des ressources humaines, mais également les référents sûreté qui, correctement formés, devraient pouvoir répondre aux premières questions de la victime et la convaincre de porter plainte.

Une fois le dépôt de plainte effectué, l'établissement doit prévenir le soignant de sa possibilité de prendre un avocat pour le représenter, et l'informer que les honoraires seront alors pris en charge par l'hôpital. Il faut rappeler l'importance de ces prises en charges qui sont, selon la jurisprudence, une obligation pour l'employeur, excepté en cas de motif d'intérêt général¹³⁰. En effet, cette prise en charge peut permettre à l'agent d'envisager des poursuites pénales à l'encontre de son agresseur qui, en l'absence de cette mesure, y aurait renoncé faute de moyens.

La décision de prendre un avocat étant indépendante de la protection fonctionnelle, le choix de son avocat est libre. Cependant, le soignant n'étant pas un familier du monde juridique, il peut avoir besoin d'être conseillé. L'hôpital peut prévoir une liste d'avocats à proposer au professionnel. Une fois le choix établi, le professionnel doit en informer l'établissement qui se rapprochera de l'avocat pour établir avec lui une convention qui fixera les honoraires après négociation entre les deux parties¹³¹.

Il est important de rappeler au soignant qu'en cas de surplus d'honoraires, il lui revient de couvrir les frais supplémentaires. En effet, le Conseil d'État considère que l'obligation de protection de l'employeur public n'a pas « *pour effet de contraindre l'administration à prendre en charge, dans tous les cas, l'intégralité des frais* »¹³². Prévenu, le soignant pourra alors décider de poursuivre avec le même avocat et supporter les frais supplémentaires ou alors changer d'avocat et informer l'administration de la nouvelle identité pour que l'établissement élabore une nouvelle convention relative à la prise en charge des honoraires. Le juge

¹³⁰ CAA Paris, 10 novembre 1990, *Chavant*, n°89PA01548, *Lebon*, 840

¹³¹ Article 5 du Décret n°2017-97 du 26 janvier 2017 *relatif aux conditions et aux limites de la prise en charge des frais exposés dans le cadre d'instances civiles ou pénales par l'agent public ou ses ayants droit*

¹³² CE, 2 avril 2003, *Chantalou*, n°249805, *Lebon*, 909

administratif a rappelé, que le changement d’avocat en cours de procédure ne délie pas l’employeur public de son obligation de prendre en charge les nouveaux frais d’avocat¹³³.

B) Simplifier les démarches du soignant

Pour convaincre ses soignants de porter plainte contre les auteurs de violences, l’hôpital peut les assister en simplifiant les démarches via différents outils juridiques. Intenter une action judiciaire contre un agresseur n’est pas une chose facile pour une victime, l’idée est donc de mettre en place des dispositifs pour leur simplifier la tâche.

Tout d’abord, la procédure de dépôt de main courante peut-être simplifiée. Pour rappel, la main courante est une déclaration par laquelle l’individu signale des faits. Cela permet de dater ces faits et de les consigner dans le registre de police ou de gendarmerie. Ils pourront servir en cas de dépôt de plainte. La main courante peut être intéressante en cas d’incivilités qui peuvent évoluer plus tard en infractions. Ainsi, il est possible de simplifier leur dépôt pour qu’elle ne soit pas négligée. En effet, la main courante ayant des conséquences moindres par rapport à une plainte, les soignants peuvent ne pas en voir l’utilité. De plus, elle est utilisée pour des plus petits méfaits qui, comme vu précédemment, sont souvent tolérés par les soignants. Par exemple, dans le cadre de son protocole de lutte contre les incivilités¹³⁴, le Parquet et le CHU de Rouen ont mis en place une procédure simplifiée et accélérée par laquelle « *lorsque des incivilités susceptibles d’être qualifiées d’outrages à personne chargée d’une mission de service public sont commises par un auteur identifié et domicilié, le CHU peut choisir d’adresser un signalement au parquet de Rouen. Ce mode de transmission doit rester réservé aux comportements de moindre gravité. Cette transmission se fait par voie électronique [...] ainsi que par un exemplaire papier. [...] Le délégué du procureur convoque le mis en cause, il vérifie auprès du mis en cause son implication dans les faits dénoncés puis il procède à un rappel à la loi. [...]* »¹³⁵.

Ensuite, l’hôpital peut travailler à la simplification du dépôt de plainte au commissariat ou en gendarmerie, avec les forces de l’ordre via la convention Santé-Sécurité-Justice. Dans le cadre du protocole national du 12 août 2005, cet objectif était déjà pris en compte, puisque ce

¹³³ TA de Lille, 25 novembre 2009, n°0704888

¹³⁴ CHU Rouen. (s. d.). *Signature d’un protocole de lutte contre les incivilités*. chu-rouen.fr. <https://www.chu-rouen.fr/signature-dun-protocole-de-lutte-contre-les-incivilités/>

¹³⁵ Observatoire national des violences en milieu de santé. (2022). Rapport 2022 : Données 2020 et 2021, 142 Dans *sante.gouv.fr*. Ministère de la santé

dernier prévoyait que les victimes pouvaient, lors du dépôt de plainte, se domicilier à l'adresse de l'hôpital, voire à l'adresse du service de police ou de la brigade de gendarmerie¹³⁶. En cas de peur de représailles, ne pas divulguer l'adresse postale, garantit une protection supplémentaire.

Certains hôpitaux ont davantage simplifié la procédure en proposant que le dépôt de plainte se fasse sur rendez-vous. Cela permettrait pour les victimes ne pas attendre au commissariat qu'un agent de police prenne leur plainte. C'est une possibilité que le centre hospitalier de Rennes a prévue dans sa convention Santé-Sécurité-Justice¹³⁷.

Dans le cadre de son plan pour la sécurité des professionnels de santé, le gouvernement a introduit l'idée que l'Hôpital puisse porter plainte à la place de son soignant victime¹³⁸. Cette mesure a été inscrite dans la proposition de loi *visant à renforcer la sécurité des professionnels de santé* à l'article 3. Cette initiative s'inclut dans le mouvement de simplification du dépôt de plainte.

Cependant, une simplification trop avancée risque de déresponsabiliser l'agent victime. Il faut le rappeler, la plainte est un acte par lequel un individu signale aux forces de l'ordre qu'elle a été victime d'une infraction. La plainte est donc un acte grave en ce qu'elle peut conduire à des poursuites pénales et, *in fine*, si les conditions sont remplies, à une condamnation. Aussi, le risque est que, par ce moyen de substitution, l'acte du dépôt de plainte perde toute sa symbolique et que le professionnel se détache de l'acte et des conséquences que cela pourrait entraîner. Cela peut notamment avoir des répercussions négatives sur la relation de confiance entre personnels et entre le personnel et les usagers. Une altercation pourrait se transformer dans le signalement auprès de la Direction en agression verbale et ainsi constituer, *in fine*, une plainte abusive.

Si cette mesure n'a pour seul objectif que de simplifier la démarche de dépôt de plainte, il sera alors préférable de travailler à simplifier les conditions dans lesquelles le soignant va porter plainte de lui-même, quitte à ce qu'une personne de l'établissement l'accompagne s'il tel est son souhait.

¹³⁶ Article 11 Protocole d'accord du 12 août 2005, Ministre de la Santé et des Solidarités, Ministre de l'État, de l'Intérieur et de l'Aménagement du Territoire disponible sur <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/protocole-onvh-2.pdf>

¹³⁷ Convention Santé/Sécurité/Justice (2020), Centre Hospitalier Guillaume Régnier, Tribunal judiciaire de Rennes, Direction départementale de la sécurité publique d'Ille-et-Vilaine, Groupement de gendarmerie départementale d'Ille-et-Vilaine disponible sur https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/convention_ssj_-_ch_guillaume_regnier_epsm_2020-03.pdf

¹³⁸ *Plan pour la sécurité des professionnels de santé : Dossier de presse*. (2023). Ministère de la Santé et de la Prévention, 25. <https://www.info.gouv.fr/upload/media/content/0001/07/749ea967d05e918254560ae190e3c7b8ccaddc7d.pdf>

Les deux moyens expliqués ci-dessus sont des premières actions, pour le moment, suffisantes pour faciliter la démarche des professionnels de santé victimes.

Ainsi, l'hôpital doit repenser son assistance juridique pour que celle-ci soit plus complète et permette aux soignants d'agir. Cette même idée doit guider l'hôpital dans son analyse in concreto des préjudices à réparer.

§2. Adopter une analyse casuistique des préjudices à réparer

Selon l'article L134-5 du Code général de la fonction publique, l'établissement public de santé répare les préjudices qui résulteraient de l'atteinte vécue par son agent. Plus qu'une possibilité, l'employeur public a une obligation de réparation adéquate des torts que le soignant a subis. Pour qu'elle soit véritablement adéquate, l'employeur doit avoir une approche subjective dans l'analyse des préjudices subis pour répondre au mieux à la situation de l'agent (A) et prendre en charge les préjudices non pris en charge au titre de la législation des accidents de travail (B).

A) Une approche subjective dans l'analyse des préjudices

Pour que la réparation soit adéquate, l'employeur aujourd'hui doit avoir une approche personnalisée lorsqu'il détermine les préjudices qu'il doit réparer. Cela signifie une approche davantage focalisée sur les préjudices concrets du soignant victime. Lorsqu'une atteinte a lieu, trois types de dommages peuvent exister : le préjudice corporel, le préjudice matériel et le préjudice moral. Si les deux premiers sont aisés à reconnaître et surtout à chiffrer dans le cadre d'une réparation, le préjudice moral est plus compliqué et parfois sous-estimé par la direction. Pourtant, c'est la réparation de ce préjudice qui peut faire toute la différence dans le rétablissement d'une victime.

Si un soignant est victime d'un acte de violence, que la violence soit physique ou morale, il en résulte forcément des dommages psychologiques. En effet, pendant l'attaque, le soignant est terrifié, angoissé à l'idée d'être blessé physiquement et peut même craindre pour sa vie. Il y a également la période qui succède à l'infraction, pendant laquelle le professionnel peut être victime de stress post-traumatique, ressentir une immense fatigue ou encore avoir des appréhensions pour son avenir professionnel. Le retour sur le lieu de travail et donc sur le lieu du traumatisme peut être compliqué psychologiquement pour le soignant. De même, si l'attaque

a eu lieu de nuit, la reprise des gardes peut l'impacter mentalement ou encore la reprise des relations de travail, si l'atteinte a été commise par un collègue, peut provoquer des appréhensions. L'hôpital doit prendre tout cela en compte.

Ainsi, il est important que l'établissement adopte une approche extensive des dommages subis par la victime et, par conséquent, des préjudices à réparer. L'étendue de la prise en charge des préjudices va influencer la qualité du rétablissement du personnel victime. En effet, prendre en compte les préjudices moraux que ressent le soignant traduit pour lui, mais aussi pour l'ensemble du personnel, une reconnaissance officielle par la direction de ses souffrances psychologiques. Cela ne peut être que bénéfique tant pour les relations entre l'administration et le soignant que pour le rétablissement même de ce dernier, qui se sentira réellement écouté et soutenu par son employeur.

Par ailleurs, si l'hôpital doit adopter une approche plus subjective de la détermination des préjudices, c'est aussi pour se conformer au mouvement jurisprudentiel actuel¹³⁹. Les juges ont effectivement, tendance à se montrer plus favorables envers la victime dans l'appréciation des préjudices. Par exemple, il a peut-être reconnu à un agent de mairie un droit à la réparation du préjudice économique découlant de l'arrêt de son activité accessoire d'entrepreneur¹⁴⁰. Cependant, la jurisprudence ne semble pas reconnaître la perte de chance de bénéficier d'une promotion interne comme un préjudice indemnisable au titre de la protection fonctionnelle en ce que « *la nomination de l'intéressé dans un grade ou cadre d'emploi supérieur ne constitue pas un droit pour l'agent* »¹⁴¹.

Il faut rappeler qu'en vertu de l'article L134-8 du Code général de la fonction publique, est prévue la possibilité d'une action subrogatoire. Ainsi, l'hôpital, subrogé dans les droits de la victime, pourra demander à l'agresseur le remboursement de la totalité des sommes qui ont été versées au titre de la réparation au professionnel de santé violenté. Cette garantie peut favoriser une réparation, la plus juste possible, auprès de son soignant victime, à condition que l'hôpital utilise ce mécanisme par la suite.

¹³⁹ Cochereau, M. (2023). Les mesures de protection fonctionnelle : Une diversité inexploree et inexploitée. *AFJP*, n°4, 192.

¹⁴⁰ CAA Lyon, 28 janv. 2021, Commune de Billat, n° 19LY00117, *Lebon*.

¹⁴¹ CAA Nancy, 26 septembre 2023, n°21NC01640, *Lebon*

Cependant, ne doit pas être écartée, la possibilité que l'auteur des faits soit déclaré insolvable et par conséquent dans l'impossibilité de rembourser les sommes versées en réparation de ses actes. L'hôpital ne pourra, pour autant, se délivrer de son obligation de réparation des préjudices. Il assumera, dans ces cas-là, seul sa mission¹⁴².

B) La prévalence de la législation des accidents du travail sur la protection fonctionnelle.

Lorsqu'un fait de violence physique à l'encontre d'un soignant survient, cela peut être considéré comme un accident de travail. En effet, la jurisprudence a par exemple reconnu comme un accident de service, l'agression par un usager d'un aide médico-psychologique au sein d'un institut départemental de l'enfance et de la famille¹⁴³.

Ainsi, au titre de la législation des accidents du travail, la sécurité sociale prend en charge les préjudices causés par l'agression. Cependant, l'employeur ne se retrouve pas déchargé de son obligation de réparation des préjudices. Cela a été rappelé par le Conseil d'État¹⁴⁴ qui a été saisi par un praticien hospitalier d'un pourvoi pour que soit annulé le jugement du tribunal administratif qui rejetait sa requête contre le centre hospitalier employeur. En l'espèce, le professionnel avait été victime d'une agression lors d'une garde et avait demandé la réparation de son préjudice à hauteur de 8000 euros. Le tribunal administratif rejette sa demande car, en vertu de l'article L451-1 du Code de la sécurité sociale, l'employeur n'avait pas à indemniser le praticien hospitalier puisqu'il n'était pas apporté la preuve d'une faute volontaire de la part de l'institution. Cependant, le Conseil d'État annule le jugement, car l'indemnisation devait avoir lieu dans le cadre de la protection fonctionnelle complétant l'indemnisation au titre de la législation des accidents du travail.

Comme rappelé par le Conseil d'État dans cette jurisprudence, ce complément apporté par la protection fonctionnelle permet de respecter le principe de réparation intégrale du préjudice. En effet, d'une part, en obligeant l'employeur public à réparer par la protection fonctionnelle, tous les préjudices qui ne sont pas pris en charge dans le cadre de la législation,

¹⁴² CE, 17 décembre 2004, *Ministre de l'Intérieur c/ Barrucq*, n°265165, *Lebon*, 743

¹⁴³ TA Versailles, 3 juillet 2023, n°2104861

¹⁴⁴ CE 30 juin 2017, *M. Rousseau*, n° 396908, *Lebon*, 442, 644

cela permettra à la victime de se voir réparer l'entièreté de son dommage et ainsi de ne pas être lésée par la législation qui n'en répare qu'une partie.

D'autre part, en limitant l'employeur à ne réparer que ce qui n'a pas été pris en charge dans le cadre de la législation, il est évité qu'un préjudice déjà indemnisé ne soit réparé une seconde fois et que cela engendre un enrichissement injustifié pour la victime.

Cette limitation fait également écho au principe de bon emploi des deniers publics. Ces deniers sont « *les sommes d'argent détenus par les organismes publics* »¹⁴⁵ et proviennent ainsi de l'impôt. Leur bonne utilisation est cruciale pour que l'impôt soit justifié, cela a été, par ailleurs, reconnu, à plusieurs reprises par le Conseil constitutionnel comme un objectif à valeur constitutionnel¹⁴⁶. Cet objectif découle de l'article 14 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen, qui dispose que « *tous les citoyens ont le droit de constater, par eux-mêmes ou par leurs représentants, la nécessité de la contribution publique, de la consentir librement, d'en suivre l'emploi, et d'en déterminer la quotité, l'assiette, le recouvrement et la durée* », et l'article 15 de cette même Déclaration qui dispose que « *la société a le droit de demander compte à tout agent public de son administration* ». Ce principe suppose une protection particulière autour de ces deniers qui oblige son gestionnaire, notamment l'établissement public de santé, à en faire une « *utilisation économe, efficace et efficiente* »¹⁴⁷.

Aussi, si l'hôpital vient à indemniser des préjudices qui l'ont déjà été, on ne peut effectivement conclure à une bonne utilisation de ces deniers. Cela doit donc l'amener à distinguer les préjudices qui ont été indemnisés au titre de la législation des accidents de travail, et ceux qui doivent être réparés au titre de la protection fonctionnelle. Dans la jurisprudence, il est constant de distinguer les atteintes portées à l'intégrité physique de l'agent, donc principalement les préjudices physiques, qui seront pris en charge au titre de la législation relative aux accidents de travail et les préjudices moraux résultant de l'outrage fait à son encontre lors de cette agression¹⁴⁸.

¹⁴⁵ Guillet, N. (2014). Deniers publics. Dans : Kada, N. & Mathieu, M. (2014). Dictionnaire d'administration publique. Presses universitaires de Grenoble, 143-144

¹⁴⁶ Cons. Constit., décision n°2006-545 DC, 28 décembre 2006 *relative à la loi pour le développement de la participation et de l'actionnariat salarié et portant diverses dispositions d'ordre économique et social*.

¹⁴⁷ Guillet, N. (2014). Deniers publics. Dans : Kada, N. & Mathieu, M. (2014). Dictionnaire d'administration publique. Presses universitaires de Grenoble, 143-144.

¹⁴⁸ CAA Paris, 4 novembre 1999, n° 97PA02606, *Lebon*

Ainsi, en pratique, ils restent à la charge de l'employeur, dans le cadre de la protection fonctionnelle, les préjudices matériels, s'il y en a eu, et les préjudices moraux, qui existent de manière certaine à chaque atteinte. C'est pour cela que leur juste réparation est fondamentale, car ce sont, dans les faits, les préjudices les plus importants que l'hôpital aura à réparer. Cette réparation sera ainsi le symbole de son implication dans le rétablissement et, par conséquent, dans la protection de son soignant. Si l'hôpital ne crée pas de mesure non financière de protection fonctionnelle, cette réparation sera alors sa seule preuve de son implication. Évaluer à la baisse de tels préjudices pourrait montrer une mauvaise volonté de l'établissement à soutenir son agent victime et à prendre au sérieux sa souffrance.

Cependant, la difficulté demeure dans la détermination du montant pour réparer justement ces préjudices-là. L'hôpital peut s'entourer de conseils de juristes, avocats qui peuvent se renseigner sur la jurisprudence applicable et également rencontrer la victime pour entendre de vive voix, les souffrances psychologiques qu'elle subit.

En conclusion, l'hôpital doit réviser le contenu de sa protection fonctionnelle pour que celle-ci soit davantage personnalisée et réponde aux besoins propres de chacun des soignants qui en auront besoin. L'efficacité de sa protection fonctionnelle permet de garantir l'accomplissement du devoir de protection dont l'établissement est titulaire à l'égard de son soignant victime. Ce même devoir de protection exige de l'établissement qu'il recherche la condamnation de l'auteur de faits pour protéger l'ensemble de son personnel.

CHAPITRE 2. Protéger son personnel : condamner les auteurs de violence

Suite à une agression, il est naturel de penser à protéger le soignant victime. Cependant, le reste du personnel ne doit pas être oublié. Victimes par ricochet ou victimes potentielles, l'hôpital doit également penser à leur protection et leur éviter de subir des faits similaires par le même auteur ou non.

Aussi l'hôpital doit chercher la condamnation de l'auteur de violence. D'une part, cela participe à la protection du soignant puisque l'hôpital agit pour que les violences ne se réitèrent pas à son encontre et que le sentiment de la justice rendue peut aider une victime à se rétablir et à se réinsérer professionnellement. D'autre part, rechercher la condamnation du fautif contribuera à la sécurité du personnel dans son ensemble. En effet, cela permet tout d'abord de soustraire le personnel à un risque de récidive de la part de ce même auteur et ensuite communique un message clair aux autres potentiels auteurs qui pourront prendre conscience de ce phénomène et réagir pour y mettre fin.

Pour ce faire, l'hôpital doit chercher la condamnation des auteurs sur plusieurs plans. Tout d'abord, il doit chercher une condamnation devant la Justice pour que les faits de violences que subissent les professionnels de santé soient reconnus par la société (**section 1**). En parallèle, l'hôpital doit les sanctionner au sein de l'hôpital pour préserver son personnel (**section 2**).

SECTION 1. Condamnation des auteurs devant la Justice : le double rôle de l'hôpital

L'hôpital ne peut tenir un discours sérieux de lutte contre les violences à l'égard de ses soignants et, par la suite, ne pas chercher à ce que les auteurs de tels faits soient condamnés. La cohérence de ses actions exige que l'hôpital veille à ce que les agresseurs répondent de leurs actes.

Pour ce faire, l'hôpital est investi d'un double rôle. Il doit, d'une part, s'investir dans les poursuites à l'encontre de l'agresseur pour soutenir son soignant qui a pris la décision de porter plainte (**paragraphe 1**). D'autre part, il doit alerter de lui-même sur les agissements pour qu'ils soient condamnés (**paragraphe 2**).

§1. Être un soutien pour la victime dans le cadre des poursuites pénales.

Là encore, il y a une question de cohérence. L'hôpital ne peut encourager le soignant à porter plainte, à intenter des actions contre son agresseur, et ensuite le laisser seul face à la procédure. Cela, d'une part, porterait un coup à son image d'hôpital luttant pour la sécurité de ses soignants, et d'autre part, serait contraire à son obligation de protection qui commande d'accompagner son personnel durant l'atteinte.

L'hôpital doit donc réfléchir à comment apporter son soutien. Cela doit passer par un accompagnement juridique, puisque, pour rappel, pendant les instances, le soignant bénéficie toujours de la protection fonctionnelle.

Aussi, et surtout dans les cas où le soignant n'a pas pris d'avocat, l'hôpital doit pallier aux carences juridiques que possède le soignant. Si à la suite de la plainte et de l'enquête de police, des poursuites sont engagées par le ministère public, il faut informer le soignant de sa possibilité de se porter partie civile¹⁴⁹ et lui expliquer les droits et obligations relatives. Ainsi, l'hôpital doit avertir le soignant du fait qu'il peut se constituer partie civile avant ou pendant l'audience¹⁵⁰ et qu'il aura la possibilité de se désister à tout moment sans que cela ne l'empêche par la suite d'attenter une action civile contre l'auteur des faits pour la réparation de ses préjudices devant le juge civil¹⁵¹. Le fait de connaître la possibilité de faire marche arrière à tout moment peut rassurer le soignant.

Ensuite, l'hôpital peut expliquer au soignant qu'il n'a pas d'obligation d'être représenté par un avocat¹⁵² ni de se présenter à l'audience, cela peut être un aspect important à souligner pour des victimes qui craindraient de se retrouver face à leur agresseur. Il faut cependant, pour éviter que le juge considère que le soignant se désiste, joindre à la constitution de partie civile, une demande chiffrée des dommages-intérêts¹⁵³.

Enfin, il peut être souligné au soignant la possibilité de dissimuler son adresse en la remplaçant par une autre, notamment celle de l'hôpital. Cela peut avoir son importance si le soignant craint des représailles de la part de l'auteur ou de son entourage.

¹⁴⁹ Le soignant a également la possibilité de déposer plainte avec constitution de partie civile dans les cas où il est victime d'un crime ou d'un délit de presse (injure, diffamation), ou dans les cas où une première plainte n'a pas abouti. Cette plainte permettra la saisine du juge d'instruction qui ouvrira une information judiciaire.

¹⁵⁰ Article 419 et 420 du Code de procédure pénale.

¹⁵¹ Article 426 du Code procédure pénale.

¹⁵² Article 418 alinéa 2 du Code de procédure pénale

¹⁵³ Article 425 du Code de procédure pénale.

Tout au long de la procédure, il est essentiel que l'hôpital reste en lien avec son soignant. Cela peut prendre la forme d'entretien régulier entre le directeur général ou un de ses représentants, comme le directeur du service chargé des ressources humaines, pour faire un point sur l'avancement de la procédure. Cela permettra au soignant de poser des questions au fur et à mesure, d'énoncer les besoins qui pourraient apparaître pendant la procédure et, surtout, cela permettra à l'hôpital de renouveler son soutien régulièrement et d'ajuster la protection du soignant.

Ces réunions pourront avoir lieu sur le temps de travail du soignant, pour ne pas le surcharger. Par ailleurs, sur son temps de travail également, le soignant pourra être amené à se rendre aux convocations des services de police et de gendarmerie, se rendre aux audiences de la juridiction et assister à des entretiens avec son avocat, si le soignant a décidé d'être représenté. Dans ces cas-là, l'hôpital accordera des autorisations d'absence, et la rémunération du soignant sera maintenue¹⁵⁴. Par ailleurs, de telles autorisations pourront être également dispensées aux agents cités comme témoins devant le juge pénal.

Dans les cas, où le directeur de l'hôpital est mis en cause, si on se rapporte à l'arrêt du Conseil d'État¹⁵⁵ cité précédemment qui donne le pouvoir de décision au DGARS pour octroyer la protection fonctionnelle à l'agent, lorsque le directeur de l'hôpital est en cause, alors l'autorisation d'absence est délivrée également par ses soins lorsque les poursuites pénales sont dirigées contre le chef d'établissement.

Son soutien peut également passer par la mise à disposition des éléments nécessaires pour démontrer la qualification des faits. Il faut rappeler qu'en droit pénal, la preuve est libre en vertu de l'article 427 du Code de procédure pénale. Aussi, l'établissement peut mettre à disposition les enregistrements de vidéosurveillance au moment des faits.

Également, pour des injures, diffamations et menaces qui passeraient par les réseaux sociaux, outils aujourd'hui largement utilisés à des fins de violence, l'hôpital peut mettre également au service de son soignant sa veille des réseaux et notamment repérer les « tweets » agressifs.

Il est important que la direction garde à l'esprit que pendant cette période très particulière pour le soignant victime, ce dernier pourra être submergé par les informations et les événements nouveaux. Tout ce que pourra lui proposer l'hôpital pour l'aider sera le bienvenu.

¹⁵⁴ Circulaire interministérielle N° DGOS/RH4/DGCS/DGAFP/2024/3 du 29 mai 2024 *relative à la protection fonctionnelle des personnels des établissements de la fonction publique hospitalière*

¹⁵⁵ CE, 29 juin 2020, n°423996, *Lebon*, 237

Lorsque l'agresseur est un usager ou un tiers à l'hôpital, apporter ce soutien ne présente pas de grandes difficultés. Cependant, lorsque les poursuites sont à l'encontre d'un autre membre du personnel, la position de l'établissement est plus délicate. En effet, ce dernier peut également demander à son employeur la protection fonctionnelle, conformément à l'article L134-4 alinéa 1, « *lorsque l'agent public fait l'objet de poursuites pénales à raison de faits qui n'ont pas le caractère d'une faute personnelle détachable de l'exercice de ses fonctions, la collectivité publique doit lui accorder sa protection* », et l'établissement aura l'obligation de mettre en place toutes les mesures nécessaires à la protection des deux. Comment alors montrer son soutien et sa volonté de lutter contre la violence ?

Une première possibilité est de refuser la protection fonctionnelle à l'agent mis en cause. Selon l'article L134-4 alinéa 1, il faut pour cela que le professionnel de santé ait commis une faute personnelle détachable des fonctions. En pratique, cette faute semble difficile à caractériser pour l'employeur public car même en cas d'infractions intentionnelles, tels que des faits de violence, l'employeur doit accorder la protection fonctionnelle¹⁵⁶.

Cependant, il semblerait, selon la jurisprudence Valette¹⁵⁷ rendue par le Conseil d'État, qu'un manquement à la déontologie constitue une faute personnelle détachable des fonctions justifiant un refus d'accorder la protection fonctionnelle. Ainsi, en commettant des violences, les professionnels de santé contreviennent aux obligations déontologiques des professions de santé que sont les bonnes relations avec les autres professions et la confraternité ou aux principes déontologiques de la fonction publique que sont la probité, la dignité, l'intégrité et l'impartialité.

Toutefois, il faut que les faits démontrent ce manquement à la déontologie. L'établissement doit par conséquent, avant de refuser la protection fonctionnelle, mener une enquête administrative pour établir la responsabilité du professionnel mis en cause. En cas de faute personnelle détachable des fonctions, l'administration doit justifier son refus.

¹⁵⁶ Fort, F. (2002). La protection fonctionnelle : Champ d'application de l'obligation de protection : Agissements donnant lieu à la protection : Protection juridique en cas de poursuites pénales. Dans *Droits et obligations dans la fonction publique* (Daloz Référence, 427). Daloz.

¹⁵⁷ CE, 28 décembre 2001, *Valette*, n°213931, *Lebon*, 680. En l'espèce, un chef de service hospitalier avait été mis en cause pour ne pas avoir révélé une erreur médicale et avoir mis ainsi la vie du patient en danger. L'hôpital avait refusé de prendre en charge ses frais d'honoraire d'avocat au titre de l'existence d'une faute personnelle détachable des fonctions du fait du manquement à son obligation d'information, ce que le Conseil d'État a confirmé.

Une seconde possibilité, si l'hôpital ne peut prouver une faute personnelle, est le déclenchement d'une procédure disciplinaire à l'encontre de son agent mis en cause pendant les poursuites pénales. Cela est possible en vertu du principe d'autonomie des poursuites pénales et disciplinaires. Par ailleurs, selon la jurisprudence, engager, en parallèle, une procédure disciplinaire n'est pas contraire au principe de présomption d'innocence affirmé par l'article 9 de la Déclaration des droits de l'Homme et du citoyen¹⁵⁸.

Ainsi, l'hôpital se doit d'apporter son soutien à son soignant victime si ce dernier s'arme de courage et décide de se battre pour la condamnation de son agresseur. Cette aide doit être vue comme étant une composante de son obligation de protection à l'égard de son personnel. Cette même obligation l'obligera, notamment dans les cas où son soignant ne souhaite pas attenter d'action contre son agresseur, à lui-même demander la condamnation de l'auteur des faits.

§2. Dénoncer les agissements devant les juridictions pour protéger son personnel.

Le directeur a une obligation de protection envers son personnel, l'obligeant à prendre toutes « les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs »¹⁵⁹. Dans le cadre de cette obligation, le directeur doit mettre en place toutes les mesures possibles et appropriées pour réduire le risque de récidive de la part de l'auteur ou d'autres auteurs.

Cela faisant, l'hôpital doit chercher de lui-même à ce que l'auteur des faits soit condamné. En effet, d'une part, une condamnation devant la Justice dissuadera fortement l'agresseur de recommencer, mais également cela enverra un message clair pour l'opinion publique et le personnel qui pourra être dissuadé, devant l'implication de l'hôpital dans la lutte contre les violences, de commettre des faits similaires.

Ainsi, il doit veiller à ce que des poursuites pénales soient engagées (A) contre l'auteur, mais également, s'il est un professionnel, à ce que des poursuites ordinaires soient menées (B).

¹⁵⁸ CE, 27 mai 2009, n°310493, *Lebon*, 207

¹⁵⁹ Article L4121-1 du Code du travail.

A) L'action de l'hôpital sur le plan pénal

Ainsi, l'hôpital se doit d'être moteur des poursuites à l'encontre de l'agresseur, et cela qu'il soit un usager ou un membre de son personnel. L'hôpital ne doit faire preuve d'aucune indulgence, car cela peut être un laissez-passer à toutes les violences futures.

Pour ce faire, le directeur général, ou l'un de ses représentants, doit notamment porter à la connaissance du procureur de la République, tout acte de violence qui constitue un crime ou de délit. C'est une obligation en tant que fonctionnaire, posée à l'article 40 alinéa 2 du Code de procédure pénale qui dispose que « *toute autorité constituée, tout officier public ou fonctionnaire qui dans l'exercice de ses fonctions acquiert la connaissance d'un crime ou d'un délit est tenu d'en donner avis sans délai au procureur de la République et de transmettre à ce magistrat tous les renseignements, procès-verbaux et actes qui y sont relatifs* ». Si cette obligation n'est assortie d'aucune sanction, remettant en cause son aspect contraignant, l'hôpital doit acquérir un automatisme. Par exemple, dès qu'il est remonté à la connaissance de la hiérarchie, une fiche d'évènement indésirable portant sur une attaque à l'égard du personnel constituant un crime ou un délit, un avis doit être envoyé systématiquement au procureur de la République.

La décision de donner suite au signalement ou non revient au Procureur et non pas à l'hôpital¹⁶⁰. Cependant, ce dernier dans son rôle d'alerte doit être irréprochable, si l'on veut que cette problématique puisse être connue en dehors des murs de l'hôpital. Si le signalement donne lieu à des poursuites, l'établissement a le devoir moral de se constituer partie civile.

Selon l'article 2 du Code de procédure pénale, « L'action civile en réparation du dommage causé par un crime, un délit ou une contravention appartient à tous ceux qui ont personnellement souffert du dommage directement causé par l'infraction » et, il est admis de manière constante qu'un établissement public de santé peut se constituer partie civile pour demander la réparation des préjudices qu'il a personnellement subis du fait de l'infraction¹⁶¹.

¹⁶⁰ Article 40 alinéa 1 du Code de procédure pénale.

¹⁶¹ Cass. Crim, 17 novembre 1996, n°96-80.223, *bull crim* 1996 n°431, 1245

B) L'action de l'hôpital sur le plan ordinal

Dans les cas de violences entre personnels, ce n'est pas seulement une infraction qui a été commise, mais également des obligations déontologiques qui n'ont pas été respectées. Aussi l'hôpital doit chercher, si le soignant ne l'a pas fait, la condamnation sur le plan disciplinaire en saisissant la juridiction ordinaire. Cette procédure n'est possible que pour les professions de santé dotées d'une juridiction ordinaire.

Selon l'article L4124-2 du Code de la santé publique, les médecins, chirurgiens-dentistes et sage-femmes chargés d'un service public « *ne peuvent être traduits devant la chambre disciplinaire de première instance, à l'occasion des actes de leur fonction publique, que par le ministre chargé de la santé, le représentant de l'État dans le département, le directeur général de l'agence régionale de santé, le procureur de la République, le conseil national ou le conseil départemental au tableau duquel le praticien est inscrit* ». Ainsi, en cas de faits de violences contraires aux obligations déontologiques, le directeur de l'établissement doit se rapprocher d'un de ces acteurs pour qu'une procédure ordinaire soit déclenchée. Le directeur peut par exemple signaler les faits au DGARS avec qui il est susceptible d'avoir le plus de contacts au quotidien.

Une autre alternative est de former une plainte près du conseil national ou départemental au tableau duquel le praticien fautif est inscrit pour que ce dernier le traduise devant la chambre disciplinaire. Cependant, il peut exister une incertitude quant à la qualité de l'hôpital pour introduire une plainte. L'article R4126-1 1° du Code de la santé publique qui liste les personnes pouvant former une plainte ne mentionne, étonnamment, pas l'hôpital. En effet l'article dispose que les plaintes peuvent être formées « *notamment par les patients, les organismes locaux d'assurance maladie obligatoires, les médecins-conseils chefs ou responsables du service du contrôle médical placé auprès d'une caisse ou d'un organisme de sécurité sociale, les associations de défense des droits des patients, des usagers du système de santé ou des personnes en situation de précarité* ». Cependant, le « *notamment* » introduit par le Décret n°2007-552 du 13 avril 2007 *relatif à la composition, aux modalités d'élection et au fonctionnement des conseils de l'ordre des infirmiers et à la procédure disciplinaire applicable aux infirmiers et modifiant le code de la santé publique* laisse penser que cette liste de personnes ayant qualité à agir n'est pas exhaustive.

Par ailleurs, le Conseil d'État dans son arrêt Association Santé et médecine du travail SMT et autres¹⁶², interprète de manière extensive cet adverbe. Saisi d'un recours pour excès de pouvoir par une association à la suite d'un refus du Premier ministre d'abroger cet adverbe en ce qu'il pouvait compromettre le respect du secret médical par le médecin attaqué, le Conseil d'État avait estimé que ce « notamment » conférerait « à toute personne lésée de manière suffisamment directe et certaine par le manquement d'un médecin à ses obligations déontologiques, la faculté d'introduire, après avoir porté plainte devant le conseil départemental de l'ordre, une action disciplinaire à l'encontre de ce médecin », mais seulement dans les cas où la conciliation organisée conformément à l'article L4123-2 du code de santé publique a échoué ou dans le cas de carence du conseil départemental à organiser cette conciliation.

Ainsi, si l'hôpital apporte la preuve qu'il a été lésé directement et de manière certaine par le manquement du médecin à ses obligations déontologiques, il semblerait alors qu'il puisse introduire une plainte disciplinaire. Dans les faits, des actes de violences d'un professionnel de santé sur un autre membre du personnel entraînent pour l'hôpital des préjudices économiques puisque ce dernier, au titre de la protection fonctionnelle, doit prendre en charge les préjudices, les frais de procédures et d'avocat. L'établissement est également privé d'un agent si ce dernier est arrêté le temps de son rétablissement tout en lui garantissant sa rémunération. Cela semble constituer des préjudices certains et directs justifiant la qualité à agir de l'hôpital.

La chose n'est pas aisée, il faut en convenir. À l'heure où l'hôpital connaît de grandes difficultés à recruter et à garder un personnel pour assurer la mission de soins, l'administration cherche à tout prix à fidéliser ses professionnels. Cependant, les violences internes étant une des raisons pour lesquelles des carrières soignantes se terminent de manière anticipée, et parfois de manière tragique¹⁶³, l'hôpital doit affronter cette problématique s'il veut conserver son personnel sur le long terme.

Alors, l'hôpital ne doit pas hésiter, après une enquête interne pour vérifier la véracité des faits à déposer une plainte auprès du conseil départemental de l'Ordre compétent si le soignant victime ne l'a pas fait. Chercher une condamnation disciplinaire ordinaire aura une

¹⁶² CE, 11 octobre 2017, Association Santé et médecine du travail SMT et autres, n°403576, *Lebon*, 785.

¹⁶³ Exemple, le suicide du médecin cardiologue J.-L. Méguien de l'hôpital de Pompidou à Paris le 17 décembre 2015.

résonnance particulière car les sanctions limitativement fixées, pour les médecins, à l'article L4124-6 du Code de santé publique¹⁶⁴ touchent directement à la fonction soignante.

Plus généralement, l'action de l'hôpital doit servir à diffuser la culture sécurité dans l'opinion publique. Dans les faits, un hôpital qui porte plainte et se constitue partie civile, attirera plus d'attention de la part des médias, des pouvoirs publics, de la société qu'un soignant victime. Ainsi, plus les hôpitaux se mobiliseront devant les juridictions, plus les contentieux se multiplieront et plus la prise de conscience des citoyens sur la situation sera grande. In fine, il est à espérer que cela mènera à une responsabilisation de ces derniers et qu'on observera un regain des marques de respect que les soignants, pour leur mission auprès de la société, sont en droit d'attendre. Agir maintenant pour restaurer la protection des soignants victimes, c'est agir sur le long terme, c'est protéger le futur.

En parallèle de chercher la condamnation devant la justice pénale et ordinaire, l'hôpital se doit d'appliquer la justice au sein dans son enceinte et de sanctionner par ses propres moyens l'auteur des faits.

SECTION 2. Condamnation à l'hôpital : soustraire le personnel aux risques de récidive.

Lorsque des faits de violence se produisent, le soignant blessé n'est pas la seule victime de la situation. En effet, il est certes, la victime directe, atteinte dans sa chair ou dans son esprit, mais il existe également des victimes par ricochet que sont les autres professionnels du service.

En effet, ce personnel voit tout d'abord son quotidien bouleversé par les événements, ses conditions de travail détériorées par un environnement sous tension et, dans le cas où le soignant blessé est mis en arrêt, une surcharge de travail. Par ailleurs, ils peuvent subir des préjudices moraux du fait des craintes d'être, à leur tour, victimes des mêmes faits.

Aussi, l'hôpital doit penser à ce personnel et le protéger. Pour cela, il doit mettre en œuvre toutes les mesures pour empêcher que l'auteur puisse récidiver sur ces soignants ou que ces derniers soient victimes de faits similaires. Pour cela, il doit chercher à mettre en place toutes les mesures nécessaires pour restaurer la tranquillité du service (**section 1**) et, dans le cas où l'auteur des faits est un professionnel, il doit engager une procédure disciplinaire (**section 2**).

¹⁶⁴ Les sanctions possibles sont : 1° l'avertissement, 2° le blâme, 3° l'interdiction temporaire d'exercice d'une partie ou de la totalité des fonctions et 4° la radiation au tableau de l'ordre.

§1. Mettre en place des mesures à l'encontre de l'auteur pour restaurer la sérénité du service.

Lorsqu'une agression survient, tout le service s'en retrouve bouleversé, que cela soit au niveau de son organisation avec un arrêt maladie du soignant victime, ou que cela soit au sein du personnel qui peut se retrouver déstabilisé par la situation. Cela peut également être ressenti par les patients de ce même service. Il est donc impératif de mettre fin à cette situation de désordre et de « neutraliser » l'agresseur pour empêcher tout risque de récurrence sur la victime ou sur un autre membre du personnel.

Cette mission revient au directeur général de l'établissement qui peut utiliser ses pouvoirs de police administrative qui ont, notamment, comme fondement, les articles R1112-47 à R1112-50 du Code de santé publique.

Ainsi, le directeur d'hôpital peut, lorsque l'entourage du patient ne respecte pas le règlement intérieur, ordonner une interdiction de visites. En effet, l'article R1112-47 rappelle que « *les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des malades ni gêner le fonctionnement des services. Lorsque cette obligation n'est pas respectée, l'expulsion du visiteur et l'interdiction de visite peuvent être décidées par le directeur* ». Cette décision étant une atteinte à la liberté fondamentale qu'est celle de la vie privée et familiale, et dont en découle le droit de visite pour l'entourage et le droit d'être visité pour les patients, elle doit être proportionnée au but recherché à savoir la sécurité du personnel¹⁶⁵. Ainsi, le directeur d'établissement peut prendre une mesure d'interdiction relative de visites en autorisant les visites accompagnées. Une telle décision fut notamment confirmée par la Cour administrative d'appel de Marseille¹⁶⁶ qui était saisie d'une demande d'annulation de l'interdiction de visite d'une mère à son fils majeur hospitalisé après que celle-ci ait été injurieuse et menaçante envers le personnel de l'hôpital et son propre fils.

Cela implique, par conséquent, que l'entourage doit avoir été dûment averti des conséquences que ses actes entraîneront s'il persiste. Pour cet avertissement, la direction utilisera les lettres de rappel à la civilité.

¹⁶⁵ TA Versailles, 6^e chambre, 25 janvier 2012, n°0908664 : en l'espèce, les interdictions de visites étaient jugées illégales, car disproportionnées par rapport à l'objectif poursuivi.

¹⁶⁶ CAA Marseille, 29 juin 2017, n°17MA00619

Autre exemple, dans les cas où l'utilisateur est l'auteur des troubles, le directeur peut également prendre des mesures à son encontre. La sanction peut être sévère puisque selon l'article 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 jusqu'au prononcé de la sortie de l'intéressé* ». Comme l'entourage, ce dernier est dûment averti par les lettres de rappel à l'ordre. Cependant, il est possible qu'au vu de l'état de santé du patient, prononcer une sortie de ce dernier parce qu'il a causé des troubles ne soit pas possible. Le directeur en lien avec le chef de service et l'équipe qui prend en charge l'intéressé, devra alors réfléchir à une autre mesure. Par ailleurs, il faut le rappeler, prononcer une sortie d'hospitalisation, même si le patient est en état, est une atteinte au droit fondamental à la protection de sa santé¹⁶⁷, par conséquent cette mesure ne doit être prise que lorsque la gravité des faits l'exige. Il ne s'agira donc pas de prononcer cette mesure pour des faits d'incivilité malgré leurs impacts sur la santé mentale des professionnels, mais pour des agressions particulièrement graves.

Cette mesure étant grave et complexe à mettre en œuvre, puisqu'il faut que le patient ait un état de santé suffisant pour quitter l'établissement, il y a peu d'exemples dans la jurisprudence. On peut néanmoins citer le jugement rendu par le Tribunal de Dijon le 23 août 2023¹⁶⁸ qui avait saisi par une patiente qui contestait la décision prise par le directeur du centre hospitalier. Celui-ci avait ordonné sa sortie à la suite d'un ensemble de faits problématiques dont la patiente était l'auteur tel que des gestes d'intimidations, des propos insultants et menaçants tenus à l'encontre du personnel hospitalier. La patiente avait également donné volontairement son traitement à un autre patient. Elle avait été sommée à plusieurs reprises de changer de comportement mais sans résultats. Cependant, le Tribunal a rejeté la demande de la requérante sans statuer sur la légalité de la décision attaquée, mais parce que la requête était manifestement irrecevable et que les moyens invoqués n'étaient pas assez précis pour en apprécier le bien-fondé.

Lorsque les violences sont internes, restaurer la tranquillité au sein du service peut s'avérer plus délicat. En effet, les personnes impliquées étant des collègues, l'ensemble du service peut prendre parti pour la victime, mais aussi pour l'auteur des faits. Il s'agira, si les faits allégués sont confirmés, de prendre des mesures pour clore cette affaire au sein du service et de permettre à la victime de reprendre son poste en s'assurant, notamment, qu'elle ne reçoit

¹⁶⁷ Article L1110-1 du Code de la santé publique.

¹⁶⁸ TA Dijon, 23 août 2023, n°2301688

pas d'actes d'intimidation de la part d'autres collègues. Cependant, si l'enquête interne menée par la direction ne conduit pas à établir la réalité des faits allégués, le directeur doit faire en sorte de rétablir la tranquillité du service ainsi que de s'assurer que celui qui a signalé les faits et celui qui avait été mis en cause puissent reprendre leurs fonctions dans les meilleures conditions possibles.

Une des options à la disposition du directeur d'hôpital est de prononcer un changement de service¹⁶⁹. Cette décision peut être prise à l'encontre du mis en cause dès le signalement, le temps de l'enquête. La jurisprudence cependant rappelle qu'une telle mesure doit être proportionnée au regard des faits et notamment doit être prise dans l'intérêt du service¹⁷⁰. Si la mesure n'a pas été prise à ce moment-là, elle peut être prise, à la suite de l'enquête interne confirmant les faits.

Une autre option, dans des cas exceptionnels, est la décision du directeur d'hôpital de suspendre l'agent fautif de ses fonctions. Cette mesure conservatoire¹⁷¹ peut être émise par le directeur d'hôpital à l'encontre d'un membre de son personnel, et notamment un praticien hospitalier. Cela a été admis par le Conseil d'État par une interprétation large de l'article L6143-7 du Code de la santé publique¹⁷². Cependant, comparé au pouvoir du DGCNG, les conditions dans lesquelles le directeur d'hôpital peut prendre cette décision sont plus étroites : il doit s'agir de circonstances exceptionnelles qui compromettraient de manière grave et imminente la continuité du service et la sécurité des patients¹⁷³.

Pour des situations de violences entre membres de personnel soignant, il est rare que ces conditions soient remplies. Cependant, si ces faits s'additionnent à d'autres comportements fautifs, la mesure de suspension par le directeur d'hôpital peut alors être justifiée. Par exemple, le Conseil d'État est venu valider une mesure de suspension prononcée par un directeur d'hôpital pour un praticien hospitalier¹⁷⁴. La professionnelle d'une part bloquait l'acheminement de produits nécessaires aux soins des patients, compromettant ainsi leur sécurité et d'autre part avait proféré des menaces de mort à l'encontre de sa supérieure hiérarchique. Ce même arrêt a permis également au Conseil d'État de préciser, qu'en tant que

¹⁶⁹ CAA de Bordeaux, 13 juillet 2021 n°19BX03028

¹⁷⁰ CE, 17 décembre 2007, n°301317, *Lebon*, 767

¹⁷¹ CE, 8 novembre 2010, M. L., n° 337124 : la suspension prise dans l'intérêt du service ne constitue pas une sanction.

¹⁷² CE, 15 décembre 2000, *Vankemmel et Syndicat des professeurs hospitalo-universitaire*, n° 194807, *Lebon* 630

¹⁷³ CE, 1er mars 2006, *Bailly*, n° 279822, *Lebon* 932

¹⁷⁴ CE, 4 décembre 2017, *Centre hospitalier national ophtalmologique des Quinze-Vingts*, n° 400224

juge de cassation, il exerçait un contrôle de la qualification juridique des faits par les juges du fond¹⁷⁵

En conclusion, le directeur doit, à tout prix, une fois l'attaque signalée, chercher à restaurer la tranquillité au sein du service en prenant à l'encontre de l'auteur des faits toutes les mesures nécessaires et proportionnées. Au-delà de la protection de la victime qui peut être, à ce moment-là, en arrêt maladie, l'objectif est la protection du personnel encore présent et la préservation de son cadre de vie au travail.

Dans les cas où l'auteur est un professionnel de santé, le directeur doit également réfléchir à une sanction disciplinaire appropriée s'il veut protéger son personnel de tout risque de récidive.

§2. Sanctionner le professionnel de santé pour protéger le personnel.

Lorsque l'auteur des violences est un professionnel de santé, l'hôpital doit veiller à ce que les violences commises sur un autre professionnel fassent l'objet d'une sanction disciplinaire, puisqu'en agissant ainsi, le soignant a méconnu ses obligations d'agent public ou de fonctionnaire, notamment ses obligations déontologiques.

Cette recherche de la sanction découle du discours de lutte contre les violences que tient l'établissement et de son obligation de protection. Ne pas sanctionner lui-même un des membres de son personnel ne ferait qu'augmenter le risque de récidive. Par ailleurs, prendre à son encontre une mesure disciplinaire servirait également d'exemple et participerait à un renforcement de la protection du personnel sur le long terme.

Les membres du personnel hospitalier ont des statuts diversifiés : les praticiens hospitaliers, les praticiens contractuels, les personnels enseignants et hospitaliers, les fonctionnaires hospitaliers et les agents publics contractuels, etc. Pour chacun, le directeur d'hôpital aura plus ou moins de marge de manœuvre pour sanctionner le professionnel fautif.

Tout d'abord, concernant les fonctionnaires hospitaliers et les agents publics contractuels, le chef d'établissement étant leur supérieur hiérarchique, il est, à leur égard, titulaire du pouvoir disciplinaire conformément à l'article L532-1 du Code général de la

¹⁷⁵ Seurot L. et Seurot M. (2018), L'étendu du contrôle de cassation sur la décision d'un directeur d'hôpital de suspendre un praticien hospitalier, *RDSS, n°1*, 119

fonction publique. Ainsi, il peut prendre à l'encontre d'un professionnel, auteur de violences, toute sanction qu'il juge appropriée au regard de la gravité des faits.

Pour engager une action disciplinaire, il est nécessaire que le fonctionnaire mis en cause ait commis une faute de nature à engager des poursuites disciplinaires¹⁷⁶. Si le Code général de la fonction publique ne donne pas de définition de la faute disciplinaire¹⁷⁷, il est cependant admis que des comportements agressifs, violences ou des excès de langages constitue une faute professionnelle. Par exemple, a été confirmée par la Cour administrative d'appel de Paris, la décision du chef d'établissement de révoquer une fonctionnaire hospitalière qui avait, entre autres manquements graves, proféré des menaces et injures à l'encontre des autres membres du personnel¹⁷⁸.

La charge de la preuve de cette faute pesant sur le directeur d'établissement, celui-ci doit diligenter une enquête administrative afin de réunir faits et/ou témoignages permettant de justifier l'action disciplinaire et la sanction. L'investigation doit se faire avec discrétion pour protéger la vie privée des personnes concernées, ce qui implique la diffusion limitée au strict nécessaire des documents, anonymisés, avec des personnes extérieures à l'enquête. Chaque personne entendue que ce soit le professionnel mis en cause, les témoins ou la victime, doit l'être avec la même écoute et l'enquêteur se doit d'être le plus neutre possible. L'enquête ne doit pas donner l'impression d'avoir penché en faveur d'une des parties, elle doit être irréprochable dans son impartialité.

Durant la procédure, et peu importe la sanction envisagée, le directeur doit respecter les garanties dues au fonctionnaire mis en cause. Ainsi, l'administration doit informer le fonctionnaire de la procédure disciplinaire à son encontre et, si elle est connue, de la sanction envisagée. Cette information doit se faire dans un délai raisonnable, pour que l'agent mis en cause puisse préparer sa défense. Pour ce faire, le fonctionnaire peut demander l'accès à l'intégralité de son dossier¹⁷⁹, se faire représenter par un membre de sa famille, un collègue, un représentant syndical ou encore un avocat¹⁸⁰ et présenter à son employeur les observations qu'il juge utiles pour sa défense.

¹⁷⁶ L530-1 CGFP

¹⁷⁷ A défaut de donner une définition, le Code général de la fonction publique ne donne quelques exemples de fautes. Par exemple, constitue une faute de nature à engager des procédures disciplinaires des faits de harcèlement sexuel ou moral (article L133-3 du CGFP).

¹⁷⁸ CAA Paris, 2 mars 2006, n°03PA04207, *Lebon*

¹⁷⁹ Article L532-4 du CGFP

¹⁸⁰ CE, 9 février 2004, Président du Sénat, n°257746, *Lebon*, 61

La sanction envisagée doit être proportionnée aux faits commis. Le juge administratif, depuis la jurisprudence Dahan¹⁸¹, exerce un contrôle relatif à cette proportionnalité entre la faute et la sanction. Prévues limitativement à l'article L533-1 du code général de la fonction publique, les sanctions sont diverses et répertoriées en 4 groupes¹⁸². Lorsque les faits sont graves et que le directeur envisage des sanctions supérieures au premier groupe, il doit saisir le Conseil de discipline. Le décret n°89-922 du 7 novembre 1989 *relatif à la procédure disciplinaire applicable aux fonctionnaires relevant de la fonction publique hospitalière* détaille les règles dans lesquelles la séance de cette commission se tient.

Compte tenu des témoignages, observations écrites et déclarations orales, le Conseil de discipline rend un avis motivé sur les suites de la procédure à tenir qu'il communique au fonctionnaire intéressé et au chef d'établissement qui statue sur la sanction à attribuer sur décision motivée.

Pour les praticiens contractuels¹⁸³, le directeur hospitalier ne peut prendre seul, la décision de sanctionner le professionnel. En effet, selon l'article R6152-370 qui liste exhaustivement les sanctions qui peuvent être appliquées, le directeur doit pour émettre un avertissement ou un blâme prendre l'avis du président de la commission médicale d'établissement.

Prendre l'avis d'un pair peut être à double tranchant. En effet, soit ce dernier aura tendance à faire preuve de plus de tolérance auprès de son confrère, soit, au contraire, à faire preuve de sévérité, car les agissements du professionnel touchent à la dignité et à l'honneur de la profession.

Le texte ne semble toutefois pas préciser si l'avis du Président est un avis conforme ou simple. En l'absence d'une telle mention, on peut légitimement penser que l'avis est simple. Aussi, le directeur d'hôpital doit, lorsque les faits sont graves et certains, passer outre l'avis du président, si le chef d'établissement estime que l'avis est trop conciliant. Un autre moyen possible de sanctionner le praticien contractuel est de ne pas renouveler son contrat.

¹⁸¹ CE, Ass, 13 novembre 2013, Dahan, n°347704, *Lebon*, 279

¹⁸² 1^{er} groupe : avertissement, blâme, exclusion temporaire d'une durée maximale de 3 jours ; 2^e groupe : radiation du tableau d'avancement, abaissement d'échelon, exclusion temporaire pour une durée de 4 à 15 jours ; 3^e groupe : rétrogradation au grade inférieure, exclusion temporaire pour une durée de 16 jours à 2 ans ; 4^e groupe : mise à la retraite d'office, révocation.

¹⁸³ Ce sont les médecins, pharmaciens, odontologistes contractuels (article R6152-334 Code de la santé publique)

En revanche, ce pouvoir disciplinaire que possède le directeur d'hôpital ne s'applique pas pour les praticiens hospitaliers qui travaillent dans son établissement. Si ces derniers sont mis en cause pour des violences, la décision d'une sanction est prise par le DGCNG¹⁸⁴. Le directeur d'établissement doit notifier au centre, une demande d'engagement de la procédure disciplinaire et accompagner cette demande d'un rapport circonstancié sur lequel se fondera le DGCNG pour prendre sa décision¹⁸⁵.

Les sanctions, qu'il peut prononcer, sont énoncées à l'article R6152-74 du Code de santé publique. Pour les avertissements et blâmes, ce dernier peut les prononcer sur avis du directeur général de l'ARS, du directeur général de l'hôpital et de la commission médicale d'établissement siégeant en formation restreinte, sans qu'il n'y ait lieu de saisir le conseil disciplinaire. Pour les autres sanctions, plus graves, il doit saisir le conseil et rendre sa décision motivée après l'avis de ce dernier.

Ainsi, un praticien hospitalier a pu être révoqué par le directeur général du CNG pour avoir eu un comportement « *agressif, dévalorisant et déplacé à l'égard du personnel féminin* »¹⁸⁶ ou encore un autre praticien hospitalier a pu être révoqué après qu'il ait été établi qu'il entretenait des relations difficiles avec ses collègues, qu'il adoptait un comportement parfois agressif à leur encontre provoquant des dysfonctionnements dans le service¹⁸⁷

Enfin pour le personnel enseignant et hospitalier, la procédure disciplinaire est encore différente. En effet, ces derniers sont soumis, du fait de leur double activité, à une juridiction disciplinaire unique et spécifique, sur le plan national, composée de membres élus pour la moitié par le personnel concerné et pour l'autre moitié nommée par les ministres en charge de la santé et de l'enseignement supérieur¹⁸⁸. Cette juridiction est saisie conjointement par ces deux ministres.

Il faut, cependant, souligner que, les sanctions appliquées à l'encontre de ce personnel se révèlent trop souvent légères, peut-être parce que déterminées par leurs pairs. Ainsi, un simple abaissement d'échelon a été pris comme sanction alors que les faits avaient été reconnus par la juridiction comme constitutifs de harcèlement sexuel¹⁸⁹.

¹⁸⁴ Article 6152-74 du Code de la santé publique.

¹⁸⁵ Centre national de gestion. (2020). *La procédure disciplinaire*. <https://www.cng.sante.fr/sites/default/files/media/2022-03/Fiche%20de%20proc%C3%A9dure%20-%20La%20proc%C3%A9dure%20disciplinaire.pdf>

¹⁸⁶ CE, 30 décembre 2011, *Nadji*, n°342576, *Lebon*, 986

¹⁸⁷ CE, 28 mars 2024, n°464688, *sera mentionnée au recueil Lebon*

¹⁸⁸ Article L952-22 du Code de l'éducation.

¹⁸⁹ CE, 28 mars 2024, n°474123.

Cependant, quand bien même ce personnel se révélerait prestigieux pour l'établissement, celui-ci ne doit pas faire preuve de tolérance quant à son comportement inacceptable à l'égard des autres personnels hospitaliers et doit faire remonter tous les faits de violence au ministère de la santé. L'hôpital ne doit pas se tromper et protéger les victimes qui sont le plus souvent en début de carrière, voire encore internes, et qui constituent l'avenir de l'hôpital plutôt que ces professeurs d'université qui sont pour une partie d'entre eux en fin de carrière.

Ainsi, peu importe le statut du professionnel fautif, l'employeur doit chercher à ce qu'il soit sanctionné soit en appliquant son pouvoir disciplinaire, soit en alertant les personnes titulaires de ce pouvoir. La sanction permettra de protéger dans le futur le personnel d'un autre agissement par ce professionnel et servira d'exemple pour l'ensemble des professions.

CONCLUSION

Face aux violences dénoncées par les professionnels de santé et les médias, le directeur d'hôpital doit se demander comment l'établissement public de santé peut mettre en place une protection efficace de ses soignants pour lutter contre les violences qu'ils subissent sur leur lieu de travail.

La question des violences est un enjeu majeur pour le directeur d'hôpital car elle menace directement la question de l'accès aux soins et leur qualité. De plus en plus fréquentes et de plus en plus graves, elles entraînent chez les soignants qui les subissent ou les côtoient, des départs anticipés ou des arrêts de travail. Pour ceux qui choisissent de rester et d'assurer leurs fonctions, l'angoisse et l'ambiance tendue qu'ils vivent au quotidien peuvent être sources de plus d'erreurs d'inattention ou de stress.

Le directeur d'hôpital doit donc mettre en place une protection adéquate s'il veut fidéliser son personnel. Celle-ci se compose en deux phases : une première phase de prévention et une seconde phase de défense de l'agent victime et de l'ensemble du personnel.

La prévention doit servir à empêcher un maximum de violences. Pour cela, elle doit être à destination des victimes potentielles (professionnels de santé) et des auteurs potentiels (professionnels de santé, patients, entourage du patient et tiers à l'hôpital). La prévention doit tout d'abord mettre fin à cette loi du silence et cette tolérance qui perdurent encore aujourd'hui. L'hôpital doit instaurer un climat de confiance indispensable pour que les soignants s'affirment face aux violences et incivilités subies au quotidien et les dénoncent aux autorités compétentes. L'établissement doit également les former pour qu'ils puissent, par eux-mêmes assurer leur défense, dans les cas où ils ne pourront obtenir de l'aide sur l'instant. C'est notamment la problématique des postes isolés, fréquents à l'hôpital.

Dans le cadre de la prévention, l'hôpital doit également intervenir auprès de l'auteur de la violence pour espérer diminuer les faits de violences. L'individualisme dans notre société, les conditions difficiles dans lesquelles travaillent les soignants ont peut-être eu raison des courtoisies et de la bienveillance que chacun est en droit de recevoir. L'établissement doit donc agir sur les auteurs, rappeler à chacun, les comportements que l'hôpital comme la société sont en droit d'attendre d'eux. De manière plus directe, l'hôpital peut également dissuader tout passage à l'acte en sécurisant son établissement, par des moyens tel que la vidéoprotection tout

en restant vigilant à ne pas remettre en cause la mission d'hospitalité et en respectant le secret médical dû à chaque patient. Enfin, il doit mettre en garde chacun des acteurs et rappeler que tout comportement engage, si nécessaire, leur responsabilité et les expose à des sanctions.

Cependant, ces moyens aussi efficaces soient-ils, ne peuvent empêcher tous les faits de violences à l'encontre des professionnels de santé. L'hôpital doit donc organiser une protection lorsque des atteintes sont commises. Cette protection doit cibler deux types de victimes : l'agent victime directe des violences et les autres professionnels victimes par ricochets. Du fait de l'atteinte, ces derniers ont pu voir leur quotidien bouleversé et la sérénité qu'ils sont en droit d'attendre pour travailler a été rompue. Ces deux protections doivent être sérieusement pensées. De la qualité de ces protections, peut dépendre la réinsertion professionnelle ou non de l'agent et la fidélité du reste du personnel qui, si les troubles n'ont pas su être maîtrisés, peut quitter l'établissement ne supportant plus les conditions de travail dégradées.

Pour l'agent victime directement des violences, l'établissement met en place la protection fonctionnelle prévue par le Code général de la fonction publique. Le législateur a laissé une grande marge de liberté, pour que le directeur d'hôpital puisse s'approprier l'outil et l'adapte aux besoins de ses agents. Aussi, et suivant le mouvement actuel, la direction doit refondre son outil et le rendre davantage proche de l'agent victime par l'introduction d'un aspect plus humain et social qui manquait jusqu'alors à la protection fonctionnelle.

Pour l'ensemble du personnel, victime directe incluse, l'établissement doit le protéger en veillant à ce que l'auteur des faits réponde de ses actes et soit condamné. Cette condamnation doit être prononcée par la Justice sur le plan pénal, et sur le plan ordinal si l'auteur des faits est un professionnel de santé. En parallèle, il doit également veiller à une « condamnation » au sein de l'hôpital pour soustraire son personnel de nouveaux dangers. L'hôpital doit chercher, par la sanction, à restaurer la sérénité au sein du service troublé. Pour ce faire, le directeur d'établissement peut aller jusqu'à exclure le fautif. Si ce dernier est un professionnel de santé, afin de mettre son personnel actuel et futur à l'abri de ses agissements, l'hôpital doit chercher à ce que des procédures disciplinaires soient engagées à son encontre conformément aux règles dues au statut du professionnel mis en cause.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES ET MANUELS

Féral-Schuhl, C. (2020). *Cyberdroit* (8e éd.). « Praxis » Dalloz.

Fort, F. (2022). *Droits et obligations dans la fonction publique* (Dalloz Référence). Dalloz.

Fortier C., *Le statut général des fonctionnaires : Trente ans, et après ?* (Thèmes et commentaires, Vol. 1). Dalloz.

Kada, N. & Mathieu, M. (2014). *Dictionnaire d'administration publique*. Presses universitaires de Grenoble.

Moquet-Anger, ML. (2024). *Droit hospitalier* (7e éd.). LGDJ, Lextenso.

Rassat, M.-L. (2024). *Droit pénal spécial : infractions du Code pénal* (9e éd.). Dalloz.

Taillefait, A. (2022). *Droit de la fonction publique : Etat, collectivités locales, hôpitaux, statuts autonomes* (Précis). Dalloz.

Truchet, D., & Apollis, B. (2020). *Droit de la santé publique* (10e éd.). Les mémentos Dalloz.

ARTICLES UNIVERSITAIRES

Apollis, B. (2023). Le financement des mesures de sécurisation des établissements. *RDSS*, n°2, 215.

Benoiton L. (2011), La protection de l'agent public victime de harcèlement moral, *RD publ*, 811

Bourdon, P. (2023). La culture de sécurité des acteurs de l'hôpital. *RDSS*, n°2, 225.

Bousquet, J. (2024). Harcèlement moral, perte de chance de bénéficier d'une promotion interne et protection fonctionnelle. *AJFP*, n°2, 111.

Charbonnel, D. (2015). De l'incommunicabilité des demandes de protection fonctionnelle aux tiers. . . aux fins de libération de la parole. *AJDA*, n°26, 1459.

Charvet, D. (2010). Justice en situation - les incivilités à l'audience. *Les Cahiers de la Justice*, n°1, 151.

Cochereau, M. (2023). Les mesures de protection fonctionnelle : Une diversité inexplorée et inexploitée. *AFJP*, n°4, 192.

Copart, I. (2019). Les incivilités et les violences des usagers dans les établissements de soins. *RDSS*, n°6, 1080

- Deguergue, M. (2018). La sanction des manquements à la déontologie. *RDSS, n°HS*, 161.
- Denolle A-S (2015), Les risques psychosociaux dans la fonction publique : les limites de la protection fonctionnelle, *RFDA, n°5*, 983.
- Gely, G. (2023). Pour une protection fonctionnelle impartiale. *AJFP, n°10*, 469.
- Guérin-Bargues, C. (2009). De l'article 75 de la Constitution de l'an VIII à la protection juridique du fonctionnaire. *RFDA, n°5*, 975.
- Leborgne-Ingelaere, C. (2023). Le harcèlement sexuel et les agissements sexistes : la délicate identification. *Juris Tourisme, n°259*, 26.
- Michaud, Y. (2014). Définir la violence ? *Les Cahiers Dynamiques, n° 60(2)*, 30-36.
- Renaudie, O. (2023). La planification de la sécurité au sein des établissements publics de santé. *RDSS, n°2*, 206.
- Reneau, R. (2023). De la protection fonctionnelle à la protection personnelle de l'agent public ? *AJFP, n°4*, 196.
- Seurot, L. (2021). Protection fonctionnelle et impartialité : un directeur d'hôpital ne peut être à la fois juge et partie. *RDSS, n°1*, 108.
- Seurot L. et Seurot M. (2018), L'étendu du contrôle de cassation sur la décision d'un directeur d'hôpital de suspendre un praticien hospitalier, *RDSS, n°1*, 119
- Vialla, F. (2012). L'hôpital lieu violent et/ou lieux de violences. *Revue Droit & Santé, n°45*, 7

RAPPORTS

- Krug, E., Dahlberg, L. et al. (2002), Rapport mondial sur la violence et la santé. Dans *who.int* https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42545/9242545619_fre.pdf?sequence=1
- InterSyndicale Nationale des Internes. (2017). Santé mentale des jeunes médecins. Dans *isni.fr*. <https://isni.fr/wp-content/uploads/2020/02/enquetesantementale.pdf>
- Masseron, J.-C., et Nion, N. (2023). Rapport sur les violences à l'encontre des professionnels de santé : 44 propositions pour des soins en sécurité. Dans *vie-publique.fr*. <https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/289769.pdf>
- Observatoire national des violences en milieu de santé. (2022). Rapport 2022 : Données 2020 et 2021. Dans *sante.gouv.fr*. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_rapport_onvs_2022_donnees_2020-2021_.pdf

GUIDES

Bureau RT1 de la sous-direction des relations individuelles et collectives du travail et Mission communication de la DG. (2019). *Harcèlement sexuel et agissements sexistes au travail : Prévenir, agir, sanctionner*. Ministère du travail. https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/30645_dicom_-_guide_contre_harcelement_sexuel_val_v4_bd_ok-2.pdf

Centre national de gestion. (2020). *La procédure disciplinaire*. <https://www.cng.sante.fr/sites/default/files/media/2022-03/Fiche%20de%20proc%C3%A9dure%20-%20La%20proc%C3%A9dure%20disciplinaire.pdf>

Centre national de Gestion. (2023). *Situations individuelles complexes des praticiens hospitaliers*. https://www.cng.sante.fr/sites/default/files/media/2023-04/Guide%20des%20situations%20individuelles%20complexes_WEB.pdf

CNIL (2012), Vidéosurveillance / vidéoprotection : les bonnes pratiques pour des systèmes plus respectueux de la vie privée

Direction générale de l'administration et de la fonction publique. (2022). *Lutter contre les violences sexistes et sexuelles dans la fonction publique : Guides des outils statutaires et disciplinaires*. Ministère de la transformation et de la fonction publique

Observatoire national des violences en milieu de santé. (éd. 2017). *Guide méthodologique : La prévention des atteintes aux personnes et aux biens en milieu de santé*. Ministère chargé de la Santé et de la Prévention. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_onvs_-_prevention_atteintes_aux_personnes_et_aux_biens_2017-04-27.pdf

DOSSIERS ET COMMUNIQUÉS DE PRESSES

InterSyndicale Nationale des Internes. (2021, 6 avril). *Tous les 18 jours, un interne en médecine se suicide* [Communiqué de presse]. <https://isni.fr/tous-les-18-jours-un-interne-en-medecine-se-suicide/>

Ministère de la santé et de la prévention. (2023, 23 septembre). *Plan pour la sécurité des professionnels de santé* [Communiqué de presse]. <https://www.info.gouv.fr/upload/media/content/0001/07/749ea967d05e918254560ae190e3c7b8ccaddc7d.pdf>

ARTICLES DE PRESSE

Fiachetti, M. (2023, 23 mai). Violences contre les soignants : « Les signalements ne sont que la partie émergée de l'iceberg ». *Le Nouvel Obs*.

<https://www.nouvelobs.com/societe/20230523.OBS73676/violences-contre-les-soignants-les-signalements-ne-sont-que-la-partie-emergée-de-l-iceberg.html>

Gauron, R. (2013, 11 octobre). *Le CHU de Limoges trouve une réponse à la violence*. Le Figaro. <https://www.lefigaro.fr/actualite-france/2013/10/11/01016-20131011ARTFIG00384-le-chu-de-limoges-trouve-une-parade-a-la-violence.php>

Hornn, L. (2024, 26 avril). Agression d'un brancardier en Vendée : l'auteur des faits condamné à de la prison ferme. *France 3 Pays de la Loire*. <https://france3-regions.francetvinfo.fr/pays-de-la-loire/vendee/sables-olonne-0/agression-d-un-brancardier-en-vendee-l-auteur-des-faits-condamne-a-de-la-prison-ferme-2961521.html>

Le Parisien (2020, 18 avril). Suicide à l'hôpital Pominou : « J'ai vu, face à moi, un homme brisé » . *leparisien.fr*. <https://www.leparisien.fr/societe/suicide-a-l-hopital-pominou-j-ai-vu-face-a-moi-un-homme-brise-26-12-2015-5402357.php>

Untersinger, M. (2018, 18 mai). A-t-on le droit de « vidéosurveiller » l'hôpital ? *Le Monde.fr*. https://www.lemonde.fr/pixels/article/2018/05/18/a-t-on-le-droit-de-videosurveiller-l-hopital_5300834_4408996.html

PAGES INTERNET

Centre National de ressources Textuelles et Lexicales. (s. d.). <https://www.cnrtl.fr/>

CHU Rouen. (s. d.). *Signature d'un protocole de lutte contre les incivilités*. [chu-rouen.fr. https://www.chu-rouen.fr/signature-dun-protocole-de-lutte-contre-les-incivilites/](https://www.chu-rouen.fr/signature-dun-protocole-de-lutte-contre-les-incivilites/)

CNIL. *Vidéoprotection : quelles sont les dispositions applicables ?* (s. d.). <https://www.cnil.fr/fr/vidéoprotection-queelles-sont-les-dispositions-applicables>

Direction interministérielle de la fonction publique. *Formation : Prévenir et gérer les incivilités et les agressions dans la relation à l'usager : tous mobilisés !* <https://ditp-formation-agressions.fr/#/lessons/eorzr36zCqwNoVtznchlQsYpdfqDHdZT>

IRAP. *Formations Omega*. (s. d.). https://irapsante.com/SiteIRAP_html/FR/Formations-Omega.html

Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. *Prévenir les violences sexistes et sexuelles à l'université* | [info.gouv.fr](https://www.info.gouv.fr). (s. d.). <https://www.info.gouv.fr/actualite/prevenir-les-violences-sexistes-et-sexuelles-a-l-universite#:~:text=Le%20minist%C3%A8re%20de%20l'Enseignement,enseignement%20sup%C3%A9rieur%20et%20la%20recherche.&text=Une%20nouvelle%20%C3%A9tape%20dans%20les,et%20sexuelles%20a%20%C3%A9t%C3%A9%20franchie>

AUTRES

Lacombe, K. (2023). Les femmes sauveront l'hôpital : Une vie de soignante. Stock.

Ministère du travail, de la santé et des solidarités. (2023, décembre). *Il faut être malade pour s'en prendre à un professionnel de santé.* sante.gouv.fr.
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/affiche_a3_violences_gp_hopital_hd-2.pdf

TEXTES CITÉS

BLOC CONSTITUTIONNEL

Déclaration des droits de l'homme et du citoyen, 26 août 1789

Constitution française, 4 octobre 1958

CIRCULAIRE

Circulaire interministérielle N° DGOS/RH4/DGCS/DGAFP/2024/3 du 29 mai 2024 *relative à la protection fonctionnelle des personnels des établissements de la fonction publique hospitalière.*

CODES

Code de l'éducation

Code de procédure pénale

Code de la santé publique

Code de la sécurité intérieure

Code du travail

Code général de la fonction publique

Code pénal

CONVENTIONS

Convention Santé/Sécurité/Justice (2017), Grand Hôpital de l'Est Francilien, procureur de la République auprès du Tribunal judiciaire de Meaux, Préfecture de Seine-et-Marne.

Convention Santé/Sécurité/Justice (2020), Centre Hospitalier Guillaume Régnier, Tribunal judiciaire de Rennes, Direction départementale de la sécurité publique d'Ille-et-Vilaine, Groupement de gendarmerie départementale d'Ille-et-Vilaine.

DÉCRETS

Décret n°89-922 du 7 novembre 1989 *relatif à la procédure disciplinaire applicable aux fonctionnaires relevant de la fonction publique hospitalière*, Journal Officiel du 9 novembre 1989.

Décret n°2007-552 du 13 avril 2007 *relatif à la composition, aux modalités d'élection et au fonctionnement des conseils de l'ordre des infirmiers et à la procédure disciplinaire applicable aux infirmiers et modifiant le code de la santé publique*, Journal Officiel du 14 avril 2007.

Décret n°2017-97 du 26 janvier 2017 *relatif aux conditions et aux limites de la prise en charge des frais exposés dans le cadre d'instances civiles ou pénales par l'agent public ou ses ayants droit*, Journal Officiel du 28 janvier 2017.

INSTRUCTION

Instruction SG/HFDS/2016/340 du 4 novembre 2016 *relative aux mesures de sécurisation dans les établissements de santé*, Ministère chargé des Affaires sociales et santé.

LOIS

Loi du 29 juillet 1881 sur la liberté de la presse

Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 *portant droits et obligations des fonctionnaires*, Journal Officiel du 14 juillet 1983.

Loi n°95-73 du 21 janvier 1995 *d'orientation et de programmation relative à la sécurité*, Journal Officiel du 24 janvier 1995.

Loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 *de modernisation sociale*, Journal Officiel du 18 janvier 2002.

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 *relative aux droits des malades et de la qualité du système de santé*, Journal Officiel du 5 mars 2002.

Loi n°2014-1353 du 13 novembre 2014 *renforçant les dispositions relatives à la lutte contre le terrorisme*, Journal Officiel du 14 novembre 2014.

Loi n°2016-483 du 20 avril 2016 *relative à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires*, Journal Officiel du 21 avril 2016.

ORDONNANCE

Ordonnance n°2012-351 du 12 mars 2012 *relative à la partie législative du code de la sécurité intérieure*, Journal Officiel du 13 mars 2012.

PROPOSITION DE LOI

Pradal P. (2024) *Proposition de loi visant à renforcer la sécurité des professionnels de santé*, Enregistrée à la Présidence de l'Assemblée nationale le 23 janvier 2024.

PROTOCOLE

Protocole d'accord du 12 août 2005, Ministre de la Santé et des Solidarités, Ministre de l'État, de l'Intérieur et de l'Aménagement du Territoire.

SOURCES EUROPÉENNES

Convention de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales, 4 novembre 1950.

Règlement UE 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 *relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE*

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	III
SOMMAIRE	IV
LISTE D'ABRÉVIATIONS	V
INTRODUCTION	1
PARTIE 1. Agir avant la violence : faire de la prévention	7
Chapitre 1. La prévention à destination des soignants : informer pour lutter contre les violences	8
<i>SECTION 1. Informer sur la lutte institutionnelle contre les violences pour libérer la parole soignante</i>	8
§1 – Affirmer la volonté institutionnelle d’assurer la protection des soignants ...	8
§2 – Informer sur des mécanismes concrets de protection mis en place par l’hôpital.....	11
<i>SECTION 2. Former les soignants à lutter eux-mêmes contre les violences</i>	14
§1 – Apprendre les formes de violences pour les identifier au quotidien.....	15
§2 – Apprendre à réagir face aux violences	18
Chapitre 2. La prévention à destination des potentiels auteurs de violences : dissuader d’un passage à l’acte	21
<i>SECTION 1. La dissuasion par la mise en place d’un cadre de travail sécurisé</i> ..	21
§1 – Sécuriser par un aménagement pertinent de l’établissement	21
A) L’autorisation pour la mise en œuvre de la vidéoprotection	21
B) Le respect du secret médical	24
§2 – Sécuriser les échanges entre les acteurs : rappeler les devoirs	25
<i>SECTION 2. La dissuasion par la crainte de la sanction</i>	28
§1 – Porter à la connaissance des acteurs les sanctions en cas de violences	28
§2 – Pratiquer la mise en garde comme protection des soignants	31

PARTIE 2. Agir après la violence : penser la protection de l'ensemble du personnel ... 34

Chapitre 1. Protéger le personnel victime : une nouvelle lecture de la protection fonctionnelle pour un rétablissement complet 35

SECTION 1. Adapter la protection fonctionnelle au soignant victime 35

§1 – Une personnalisation de la protection fonctionnelle 35

§2 – Introduction d'une dimension humaine dans la protection fonctionnelle ... 39

SECTION 2. Réviser les mesures phares de la protection fonctionnelle à la lumière des enjeux actuels 42

§1 – Compléter l'assistance juridique de la protection fonctionnelle 42

A) La mission de conseil de l'hôpital 43

B) Simplifier les démarches du soignant 45

§2 – Adopter une analyse casuistique des préjudices à réparer 47

A) Une approche subjective dans l'analyse des préjudices 47

B) La prévalence de la législation des accidents du travail sur la protection fonctionnelle 49

Chapitre 2. Protéger son personnel : condamner les auteurs de violences 52

SECTION 1. Condamnation des auteurs devant la Justice : le double rôle de l'hôpital 52

§1 – Être un soutien pour la victime dans le cadre des poursuites pénales 53

§2 – Dénoncer les agissements devant les juridictions pour protéger son personnel 56

A) L'action de l'hôpital sur le plan pénal 57

B) L'action de l'hôpital sur le plan ordinal 58

SECTION 2. Condamnation à l'hôpital : soustraire le personnel aux risques de récidive 60

§1 – Mettre en place des mesures à l'encontre de l'auteur pour restaurer la sérénité du service 61

§2 – Sanctionner le professionnel de santé pour protéger le personnel 64

CONCLUSION 69

BIBLIOGRAPHIE VI

TEXTES CITÉS XI

TABLE DES MATIÈRES XIV

RÉSUMÉ

Titre : La protection des soignants contre les violences subies à l'hôpital

Résumé : Illustrations de l'individualisme dans notre société, les phénomènes de violences à l'encontre des professionnels de santé dans nos hôpitaux publics sont une préoccupation croissante. Aujourd'hui, les directeurs des hôpitaux doivent développer une compétence de sécurité afin de lutter contre les atteintes menées sur leur personnel. Cette réponse doit se réaliser en deux temps. Lors du premier temps consacré à la prévention des acteurs, la direction doit établir une relation de confiance avec son personnel pour qu'elle soit informée des situations de violences. Elle doit aussi donner les clés aux professionnels pour réagir par eux-mêmes face à de tels événements. L'hôpital doit également agir auprès des potentiels agresseurs (membre du personnel, usager, tiers à l'établissement) en les dissuadant par une sécurisation pertinente de l'environnement hospitalier. Dans un second temps, à la suite d'attaques, l'hôpital doit protéger ses soignants. Grâce à une protection fonctionnelle personnalisée, il accompagne son agent victime vers une réinsertion professionnelle. Concernant la protection de l'ensemble de son personnel, il doit chercher la condamnation de l'agresseur afin de diminuer les risques de récurrence et de restaurer la sérénité dans laquelle les soignants et les patients ont le droit d'évoluer.

Mots-clés : Disciplinaire ; Hôpital public ; Prévention ; Professions de santé ; Protection ; Protection fonctionnelle ; Sécurité ; Violences.

Title: Protection of healthcare professionals from violence in hospital

Abstract: Violence against healthcare professionals in our public hospitals is a growing concern, reflecting the individualistic nature of our society. Today, hospital directors need to develop their security skills in order to combat attacks on their staff. This response must be carried out in two stages. During the first stage, which is devoted to preventing the perpetrators, management must establish a relationship of trust with its staff, so that they are informed of situations of violence. It must also give professionals the keys to react themselves to such events. The hospital must also take action to deter potential attackers (staff members, users, third parties) by ensuring that the hospital environment is properly secured. Secondly, following the attack, the hospital must protect its care staff. Thanks to personalised functional protection, it can help the victim to return to work. As regards the protection of all its staff, it must seek to convict the attacker in order to reduce the risk of recidivism and restore the serenity in which carers and patients have the right to evolve.

Keywords: Disciplinary; public hospital; prevention; health professions; protection; functional protection; security; violence.