Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

DIRECTION
GÉNÉRALE
DE L'OFFRE
DE SOINS

RAPPORT 2019

Données 2018

OBSERVATOIRE NATIONAL
DES VIOLENCES
EN MILIEU DE SANTÉ

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

Rapport en ligne sur
https://solidarites-sante.gouv.fr/dgos-onvs

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

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

Bureau SR6
Système d'information décisionnel
Christine Massabuau

SOMMAIRE

INTRODUCTION ET CONTEXTE DE LA VIOLENCE 4

I. PRÉSENTATION DES DONNÉES 2018 9

I.1 Les signalements par région 9

I.2 Les types d'établissements déclarants 11

I.3 Les événements signalés 12

I.4 Les atteintes aux personnes 19

I.5 Les atteintes aux biens 33

II. ANALYSE DES VIOLENCES ENVERS LES PERSONNES 39

II.1 Les atteintes aux personnes 39

II.2 Typologie des auteurs 42

II.3 Les motifs de violence 46

II.4 La gestion des événements de violence 67

II.5 Les suites données 71

II.6 Décisions de justice 72

III. DIVERS FOCUS 78

Les services de psychiatrie 78

Les services de gériatrie 90

Les services des urgences 97

La teneur des insultes, des menaces physiques, des menaces de mort et leur impact négatif 103

Les agents d'accueil, « souffre-douleur » de l'hôpital ? 107

Les agents de sûreté et de sécurité : un travail indispensable au bon fonctionnement des établissements . 110

Les intolérances à la « frustration » et leurs manifestations 115

Les personnes « désorientées » : violences et conséquences 117

L'imprévisibilité et la soudaineté des violences 120

Les infractions à caractère sexuel (« agressions sexuelles ») 123

L'impact négatif des violences sur les personnes témoins de faits de violence 127

L'impact positif de la présence pour autre cause des forces de l'ordre dans les établissements 130

CONCLUSION 133

Annexe (échelle de gravité et fiche de signalement) 136

Liste des sigles utilisés..... 137

INTRODUCTION ET CONTEXTE DE LA VIOLENCE

Le rapport 2019 (données 2018) de l'Observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS) appelle plusieurs observations d'ordre général. **Il propose des focus supplémentaires en plus de ceux habituels sur la psychiatrie, la gériatrie et les urgences. Les données chiffrées sont présentées en page 9 et suivantes.**

■ **L'ONVS recense les atteintes aux personnes et aux biens[1] hors du champ des pratiques médicales.** Les incivilités, violences et actes de malveillance signalés le sont :

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

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

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

Ex : un signalement avec 3 personnes injuriées (niveau 1), menacées (niveau 2), dont deux sont frappées à coups de poings (niveau 3), la 3e avec une arme par destination (niveau 4) et dont l'une a été l'objet d'un vol de numéraire (niveau 1).

Cela fait donc 1 signalement comprenant 2 atteintes (1 aux personnes et 1 aux biens), 5 actes/faits (4 actes/faits d'atteintes aux personnes et 1 acte/fait d'atteinte aux biens) et 3 victimes. Le fait le plus grave détermine le niveau du signalement (dans cet exemple, ce sera donc un signalement de niveau 4).
V. page 136 le détail de l'échelle de gravité des atteintes aux personnes et aux biens.

Le signalement n'est pas une plainte et n'a donc aucune valeur juridique. ***Il s'agit d'un ressenti variable d'un individu à l'autre et d'un fait à l'autre.***

■ **Les signalements effectués sur la « plateforme signalement ONVS » ne correspondent pas à un « État 4001 » des infractions** (état statistique annuel des délits et des crimes relevés par les services de police et de gendarmerie). Les signalements à l'ONVS sont certes classés en fonction de l'échelle des infractions du code pénal, à la fois pour traduire la réalité et le degré de gravité des atteintes aux personnes et aux biens commises en milieu de santé, et pour permettre d'appréhender le phénomène, ne serait-ce que sur le plan judiciaire (quelle réponse pénale la mieux adaptée ?).

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

Toutefois, **les signalements ONVS ont une approche plus large du phénomène : intégration de certains faits contraventionnels et des impacts générés par les atteintes subies** (ressenti des personnes qui en ont été l'objet ; façon dont elles ont appréhendé l'acte en lui-même, action de soutien engagée, etc.).

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



APPROCHE EN 3 AXES
DITE « APPROCHE TRIANGULAIRE »

■ **Près de 550 signalements (verbatim) ou extraits sont retranscrits.** De nombreux acteurs et professionnels de la santé nous ont fait part de leur satisfaction de pouvoir lire dans le précédent rapport autant de verbatim aux travers desquels ils se sont pleinement retrouvés (réalité des situations de violence, diversité des services et unités répertoriés allant au-delà des urgences, de la psychiatrie et de la gériatrie, diversité des types de violence et d'auteurs). Le rapport 2019 continue sur cette lancée.

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

Le besoin de s'exprimer, de retranscrire les propos menaçants et insultants, de décrire les gestes, les attitudes et même le regard de l'auteur de la violence apportent cette touche concrète aux tableaux, graphiques et interprétations des chiffres de la « plateforme-signalement ONVS ».

Les signalements détaillés semblent ainsi constituer une sorte d'exutoire face à cette incompréhension de la violence. Ils permettent en tout cas de percevoir l'ambiance violente avec ses différentes modalités d'expression au sein des établissements, et la manière dont elle est ressentie par ceux qui la subissent directement ou par contrecoup, et par ceux qui la constatent. D'une façon générale le signalement présente certes un caractère subjectif, mais c'est bien ce ressenti qui témoigne de la souffrance au travail et qui affecte les personnels. Enfin, on pourrait dire qu'ils libèrent « la parole » car il semble que les agents arrivent mieux à exprimer leur ressenti à leur hiérarchie par ce biais que par oral. (Sur l'enseignement des signalements voir pp. 10-11 et ✓ Remarque 2).

Comme l'expriment les personnels dans les extraits de signalements qui ont été relevés (tout service confondu), cette violence génère :

- ✓ « *Désorganisation dans la prise en charge du patient et des autres patients* »,
- ✓ « *Désorganisation du service : mobilisation de l'ensemble du personnel présent au détriment de la prise en charge des autres résidents, laissés sans surveillance* »,
- ✓ « *Mobilisation chronophage de l'équipe médico paramédicale entière* »,

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

- ✓ *« Plus de maitrise sur le reste du service »,*
- ✓ « *Défaut de PEC* [prise en charge] *et non-respect du projet de soins et du projet de service* »,
- ✓ *« Non-respect du projet de soins et du projet de vie de la personne »,*
- ✓ « *Perte de temps et mise en danger pour les agents dans un contexte de charge de travail élevée* »,
- ✓ *« Angoisse de faire les soins ; frustration ; sensation de mal faire les soins »,*
- ✓ « *Démoralisation du personnel* »,
- ✓ « *Épuisement moral et psychologique vis-à-vis des menaces* »,
- ✓ « *Stress participant à l'épuisement des professionnels* »,
- ✓ « *Atteinte psychologique (stress, cauchemar), difficulté d'évacuer la scène et de plus en plus de mal à se rendre à son poste* », « *Soignants choqués et inquiets »,*
- ✓ « *Sentiment de lassitude face à la récurrence de la violence dans le service* »,
- ✓ « *Sentiment d'avoir était agressé gratuitement dans l'exercice de ses fonctions* »,
- ✓ « *Stress pour tous les autres patients* », « *Ensemble des patients incommodés »,*
- ✓ « *Sentiment d'insécurité, trouble de la tranquillité du service* »,
- ✓ « *Sentiment de défaut de soutien* ».

On peut ajouter encore la rotation ou le renouvellement d'effectif qui désorganise les services.

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

Le monde de la santé n'échappe pas à un fait de société qui touche en réalité toute profession rendant un service à nos concitoyens[3] et que les professionnels de santé traduisent souvent en des termes qui leurs sont typiques : « *Intolérance à la frustration* +++ ». Cette « *frustration* » se traduit par une réaction plus ou moins violente à une contrariété que la personne ne peut pas supporter sur fond d'impatience dans un contexte culturel individualiste, de la satisfaction immédiate et du « *J'y ai droit* ».

Cette réaction est aggravée dans le domaine de la santé lorsque le patient est sous l'emprise de l'alcool, de médicaments, de produits stupéfiants, rendant particulièrement difficiles la protection et la sécurité du soignant, sans compter l'impact psychologique, facteur de sentiment d'insécurité, sur les témoins (autres personnels, patients, accompagnants, etc.). **Toutefois, ce ne sont pas que des personnes aux comportements délinquants ou dans un état second qui sont auteurs de ces violences, mais aussi n'importe quel citoyen, parfois inquiet, anxieux ou souffrant** (voir ✓ Remarque 8, page 42). D'une façon générale, les relations entre les soignants et les patients et/ou leurs accompagnants peuvent dégénérer en un trait de temps à la suite d'un différend, voire d'une simple incompréhension, détériorant ainsi le caractère équilibré de l'alliance thérapeutique et de la relation de confiance qui affectent *de facto* la qualité des soins.

■ **Violences ET incivilités. L'ONVS recueille non seulement les atteintes aux personnes et aux biens les plus graves, mais également les incivilités qui pourraient être considérées comme mineures.** Tel n'est pourtant pas le cas : « *Parmi les types de violences répertoriés à l'ONVS se trouvent* ***les incivilités.*** *Elles sont une véritable nuisance sociale qui gangrène les règles élémentaires de la vie en société et, de façon insidieuse, portent gravement atteinte à la qualité de la vie au travail. Répétitives au point de devenir habituelles, ces incivilités peuvent générer chez ceux qui les subissent*

[3] Pour un exemple de violences dans un autre domaine d'activité, celui de la justice : un président de cour d'appel insulté et frappé en pleine audience ou encore une avocate agressée dans son cabinet au moyen d'un pistolet à impulsion électrique. Source : France Bleu Pays de Savoie, 12.12.2018 https://www.francebleu.fr/infos/faits-divers-justice/le-president-de-la-cour-d-appel-de-chambery-gifle-en-pleine-audience-1544633197.

une accoutumance nocive, destructrice de leur personne et du sens et de l'intérêt de leur travail. L'exposition aux incivilités produit les mêmes effets délétères que la violence : stress chronique, mal-être, perte de confiance, démobilisation des équipes, dégradation de l'ambiance générale, dysfonctionnements, absentéisme. Par répercussion, elles portent également atteinte à la qualité des soins dispensés. Il est donc primordial de lutter contre cette sorte de harcèlement moral qui mérite la mobilisation de tous. ***L'empathie naturelle des personnels de santé ne doit pas aboutir à accepter l'inacceptable.*** »[4]

✓ **Remarque 1** **Dans ce contexte sociétal où par ailleurs le respect de l'autorité et du cadre sont particulièrement mis à mal, la question fondamentale pour le personnel de santé est de savoir justement quelle relation d'autorité (quel niveau de fermeté) il doit instaurer avec le patient et/ou l'accompagnant et sous quelle forme la mieux appropriée afin d'entretenir une relation équilibrée nécessaire à la dispensation des soins ? Comment d'ailleurs continuer à soigner dans une relation de rapport de force et de violence ?**

Les principes élémentaires de civisme et de vie en société ont besoin d'être remis à l'honneur dans les établissements de soins. Il est anormal que des personnels de santé soient insultés et maltraités (voir III. Divers focus. La teneur des insultes, des menaces physiques, des menaces de mort et leur impact négatif, page 103).

Diverses options existent : attitude ferme, recadrage verbal, médical, psychologique, pouvoir du directeur d'établissement concernant la bonne marche de l'établissement (règlement intérieur et respect des conditions de séjour), lettre de mise en garde,[5] lettre de soutien au personnel, exclusion temporaire, main courante, plainte aboutissant à une mesure alternative aux poursuites ou à une condamnation devant une juridiction pénale et au paiement de dommages-intérêts à la suite d'une constitution de partie civile.

On retiendra encore que le code de la santé publique autorise le président, au niveau national, régional ou interrégional de chacun des 7 ordres professionnels de santé, à « ***exercer tous les droits réservés à la partie civile relativement aux faits portant un préjudice direct ou indirect à l'intérêt collectif de la profession médicale, y compris en cas de menaces ou de violences commises en raison de l'appartenance à l'une de ces professions.*** » (v. aussi circulaire du ministère de la justice, 24 sept. 2013, relative aux relations entre les parquets et les ordres des professions en lien avec la santé publique. http://www.textes.justice.gouv.fr/art_pix/JUSD1323940C.pdf)

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

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

[5] Des directeurs d'établissements, par des moyens simples comme des lettres de mise en garde aux patients et aux familles, n'hésitent pas à rappeler le règlement intérieur, le respect des conditions de séjour (art. R 1112-40 à 1112-55 du CSP), les principes élémentaires de politesse et de civisme ainsi que les dispositions du code pénal protégeant les professionnels de santé.

Déplacements de l'ONVS sur site, conférences, réunions. Projet de service pour prévenir et lutter contre la violence. Une prise en compte global des risques et un enjeu de gouvernance. La seule analyse des signalements ne permettrait pas à l'ONVS d'avoir une connaissance approfondie des atteintes aux biens et aux personnes et de leurs diverses formes d'expression sans mener parallèlement un travail de terrain par des rencontres sur site avec les directions et les personnels au sein de leurs unités, pôles et services[6]. Les bénéfices sont à double sens, bien évidemment pour l'ONVS, mais aussi pour ses interlocuteurs (apport de la vision nationale sur le phénomène des violences, situation de l'établissement par rapport aux tendances et aux expressions de la violence, échange sur les difficultés rencontrées, bonnes pratiques et conseils, importance de développer des relations de proximité avec les partenaires institutionnels chargés de la sécurité et de l'action judiciaire et avec d'autres acteurs comme par exemple les municipalités, etc.)[7].

L'ONVS pose un double constat :

- **Prévenir et lutter contre ces violences consiste pour le directeur d'établissement à mettre en œuvre un « projet de service » impliquant l'ensemble des personnels – dont la communauté médicale en raison de son rôle essentiel dans la dispensation et la continuité des soins et de direction des services, pôles et unités –** chacun à son niveau de responsabilité, **afin de le traiter dans sa globalité (aspects humains, médicaux, psychologiques, administratifs, juridiques, techniques, logistiques, architecturaux, financiers, formations théoriques et pratiques, communication, systèmes d'informations, etc.). Il s'agit d'un acte majeur de gouvernance pour lequel le directeur dispose de la vision globale de cette problématique et des enjeux.** Traiter la question de façon sporadique, comme par exemple à la suite d'un événement violent qui aura particulièrement marqué les esprits, ne permet pas de mener une politique bénéfique de gestions des risques sur le long terme, et ne répond pas pleinement à la mission de protection qui lui est impartie (articles L. 4121-1 et 4121-2 du code du travail).

- **Ainsi, en parallèle de la compétence de sécurité sanitaire qui lui est évidemment naturelle, le directeur d'établissement se doit de développer ce qu'on pourrait appeler « la compétence de sécurité des personnes et des biens »**[8], là où ce n'est pas déjà fait, tant les impacts des incivilités, des violences et des actes de malveillance sont négatifs :
  - ✓ arrêts de travail, personnel en souffrance,
  - ✓ désorganisation des services,
  - ✓ coût humain, social et financier pour l'établissement,
  - ✓ image de marque et réputation dégradées de l'établissement,
  - ✓ sentiment d'insécurité pour les personnels, pour les patients non directement victimes,
  - ✓ atteinte à la mission de service public (assurer les soins et leur continuité).

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

---

[6] L'ONVS a par ailleurs noué durant l'année 2018 des contacts plus étroits avec les ordres professionnels de santé afin de traiter cette problématique dans la globalité des violences, dont celle de l'exercice ambulatoire, et non à travers le seul prisme du secteur hospitalier (conférences, réunions, conseils et réponses à des questions sur le vaste champ de cette thématique).

[7] L'ONVS rappelle que la « convention santé-sécurité-justice » est un outil pragmatique permettant de nouer avec les divers partenaires institutionnels de l'établissement de santé des contacts étroits et réguliers pour résoudre localement toutes les difficultés générant des atteintes aux personnes et aux biens (incivilités, violences, actes de malveillance et prévention de la menace terroriste). Outre les acteurs traditionnels (police, gendarmerie, préfecture, parquet) des établissements ont associé également l'ARS, la municipalité, l'administration pénitentiaire, le tribunal de grande instance (juge des libertés et de la détention). C'est un moyen indispensable pour le directeur de l'établissement de s'entourer des compétences de ses partenaires institutionnels afin d'assurer sa mission de sûreté et de sécurité envers l'ensemble des personnes et des biens.

[8] Pour rappel, c'est bien le sens de la circulaire ministérielle de novembre 2016 sur la sécurisation des établissements de santé, laquelle englobe l'ensemble des aspects évoqués. Voir : https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2016/16-12/ste_20160012_0000_0061.pdf

I. PRÉSENTATION DES DONNÉES 2018

426 établissements, soit 7,35 % des établissements, ont déclaré 23 360 signalements d'atteintes aux personnes et aux biens en 2018.

(446 établissements, soit 7,71 % des établissements, avaient déclaré 22 048 signalements en 2017)
(- 4,50 établissements signalant et + 5,95% signalements par rapport à 2017)

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

I.1 Les signalements par région

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

Tableau 1. Présentation des signalements 2018 par région

Régions et Outre-mer (ordre alphabétique)	Nombre d'établissements déclarants		Nombre de signalements	
	2017	2018	2017	2018
Auvergne-Rhône-Alpes	29	29	747	739
Bourgogne-Franche-Comté	19	18	1 318	1 020
Bretagne	25	23	2 080	1 860
Centre-Val-de-Loire	21	17	795	549
Corse	2	1	44	64
Grand-Est	57	54	1 593	1 823
Hauts-de-France	36	31	1 519	1 686
Île-de-France	66	72	5 682	6 079
Normandie	40	41	1 852	2 792
Nouvelle-Aquitaine	34	29	1 477	1 498
Occitanie	45	39	1 962	1 858
Pays-de-la-Loire	15	16	963	1 005
Provence-Alpes-Côte-D'azur	49	48	1 328	1 712
Guadeloupe	2	0	7	0
Guyane	1	1	124	92
Martinique	0	1	0	15
La Réunion	4	5	515	550
Mayotte	1	1	42	18
	446	**426**	**22 048**	**23 360**

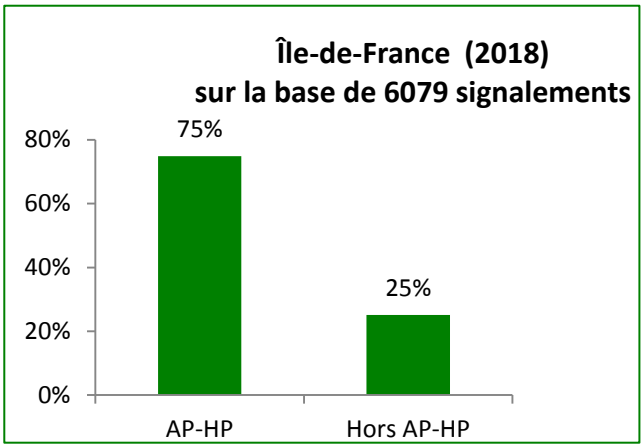
Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement
NB : les établissements de l'AP-HP et de l'AP-HM sont identifiés en entité « Établissement géographique »

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

Graphique 1. Signalements 2018 en Île-de-France

En Île-de-France, 72 établissements ont effectué 6 079 signalements, soit 26,02 % du total des signalements nationaux. Le graphique suivant montre le pourcentage de signalements pour les établissements de l'AP-HP (soit 4 552 signalements) et ceux des autres établissements d'Île-de-France (1 527 signalements). L'AP-HP s'est engagée dans une politique volontaire de signalements à l'ONVS depuis 2011.

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



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

✓ **Remarque 2** **Ces causes de violences dues à l'institution sont à rechercher dans :**

- **les facteurs humains** [9] : les relations soignants, soignés-entourage ; les relations hiérarchiques ; les relations entre collègues.
- **les facteurs institutionnels et organisationnels**[10] : l'organisation du travail, des services, des structures et des unités ; l'affectation des personnels ; leur formation initiale ou continue ; l'organisation de la vie en collectivité pour les patients et les résidents (horaires imposés, activités) ; les structures non adaptées à la pathologie des patients, la coordination des soins, la communication durant les transmissions, etc.
- **les facteurs architecturaux** : l'aménagement et la conception des locaux ; la sécurité des lieux et du matériel ; l'accueil et la gestion de la fluidité des patients, etc.

À l'issue de ce travail d'analyse, il convient de s'orienter sur les meilleures solutions adaptées au contexte de l'établissement dont, notamment :

- les formations pratiques à la gestion des agressions verbales et des agressions physiques comprenant de façon corollaire un volet sur la communication,

[9] La mise en place en juillet 2018 de l'Observatoire national de la qualité de vie au travail des professionnels de santé et du médico-social apportera des éléments utiles pour aider les établissements sur ce point. Il est présidé par le Pr Philippe Colombat, lequel travaille depuis de longues années sur les facteurs organisationnels et managériaux et la qualité de vie au travail des soignants. Il a publié de nombreux travaux sur cette question faisant autorité : la démarche participative (DP), le syndrome d'épuisement professionnel des soignants (SEPS) ou « *burnout* » en anglais.
https://solidarites-sante.gouv.fr/dgos-onvs-documentation-pratique

[10] Ce critère dans l'analyse des violences est d'autant plus important à prendre en compte que l'augmentation de la charge de travail dans les établissements de santé ne manquera certainement pas d'avoir des répercussions négatives sur les relations au sein de chaque établissement. La DREES en fait ce constat : « *L'augmentation du nombre de prises en charge hospitalières se poursuit dans toutes les disciplines, sous l'effet du vieillissement de la population et de la hausse du nombre de patients chroniques ou polypathologiques.* […] *Le recours aux urgences poursuit également sa hausse, à un rythme stable depuis vingt ans (3,5% par an).* » Source *Panorama des établissements de santé*, édition 2018, p. 10. Vue d'ensemble, fiches thématiques. http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ve-5.pdf

- les diverses formes de soutien (hiérarchique, juridique, médical, psychologique…) notamment dans les secteurs les plus sujets aux violences (quelles que soient leurs typologies),
- les formations d'acquisition des connaissances de certaines pathologies notamment en psychiatrie, en gériatrie, en établissement d'accueil spécialisé, et du contexte spécifique de ces spécialités,
- des échanges au sein et entre les diverses équipes soignantes sur le cas de tel ou tel patient, la posologie, éléments de prévention non négligeables (passage de consignes, CREX), transmission de l'expérience aux plus jeunes (savoir-faire, savoir-être, vigilance en fonction des situations…),
- l'aménagement de lieux adaptés afin de permettre de s'échapper en cas de situation qui n'est plus maitrisable ou parce que le soignant, se retrouvant seul, ne peut plus faire face.
- la fourniture d'un matériel spécifique d'alerte fiable (DATI, PTI, etc.) et permettant une intervention rapide des autres soignants ou des personnels de sécurité-sûreté,
- la fourniture d'un matériel de protection et de sécurité (masque de protection, manchon pour morsure ou griffure, etc.),
- les contacts étroits et réguliers avec les partenaires institutionnels (police, gendarmerie, préfecture, parquet, etc.).

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

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

I.2 Les types d'établissements déclarants

- 316 des 924 établissements publics de santé (EPS) ont déclaré 20 862 signalements soit 34,19 % des EPS déclarants.

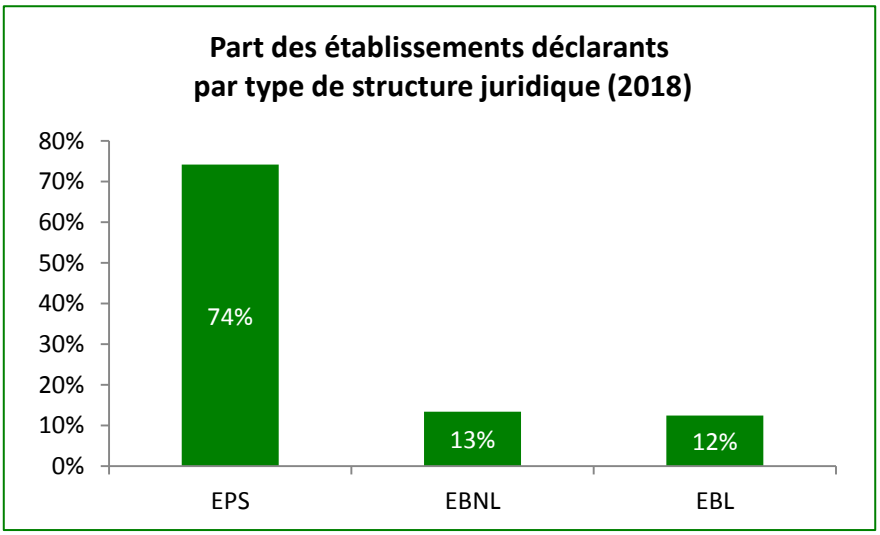
- 57 des 1 533 établissements de santé privés à but non lucratif (EBNL) ont déclaré 2 147 signalements, soit 3,71 % des EBNL déclarants.

- 53 des 1 314 établissements de santé privés à but lucratif (EBL) ont déclaré 351 signalements, soit 4,03 % des EBL déclarants.

Les EBL et les EBNL ont déclaré plus de signalements (2 498) qu'en 2017 (1 798). Même si ces établissements représentent toujours un très faible pourcentage des déclarations ils vivent les mêmes difficultés de violence et d'incivilité que les établissements publics, bien que parfois dans des proportions différentes.

[11] « *Le personnel soignant face aux violences physiques des personnes âgées institutionnalisées.* » Enquête à partir des déclarations d'événements indésirables et d'entretiens semi-dirigés, Marina Blanchard, thèse en vue du diplôme d'État de docteur en médecine, Université de Rennes 1, sous le sceau de l'Université Bretagne Loire. Président du jury, Dominique Somme, PU-PH au CHU de Rennes, Gabriel Robert MCU-PH au CHU de Rennes, Françoise Tattetin, Professeur associé en médecine générale, Aline Corvol, Docteur au CHU de Rennes, directeur de thèse, 22 décembre 2017, page 50. Voir aussi ✓ Remarque 19, page 96, évoquant quelques éléments de cette thèse sur le vécu des soignants confrontés aux violences.

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



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

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

I.3 Les événements signalés

Les événements signalés sont classés en deux catégories :

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

L'ONVS a recensé **25 414 atteintes aux personnes et aux biens** réparties ainsi :

20 330 atteintes aux personnes

5 084 atteintes aux biens

dont 2 056 signalements répertoriaient les deux types d'atteintes cumulativement, essentiellement des violences accompagnées de dégradations. Pour chacune d'entre elles, une échelle de gravité est calquée sur la classification du code pénal en crime, délit, contravention. Les infractions, réunies par grandes familles, permettent de la sorte de prendre en compte l'ensemble des faits signalés à l'ONVS (voir en annexe, page 136, l'échelle de gravité des signalements de l'ONVS).

[12] Sans avoir à signer forcément une « convention santé-sécurité-justice », il est utile d'en reprendre les grands principes pour envisager avec les acteurs locaux, police nationale ou gendarmerie nationale, une collaboration simple, pragmatique et efficace pour les deux parties. Il est rappelé également que tout établissement peut bénéficier de conseils des « référents sûreté » et des « correspondants sûreté » de la police et de la gendarmerie.
https://www.interieur.gouv.fr/Archives/Archives-des-dossiers/2012-Dossiers/Les-referents-surete

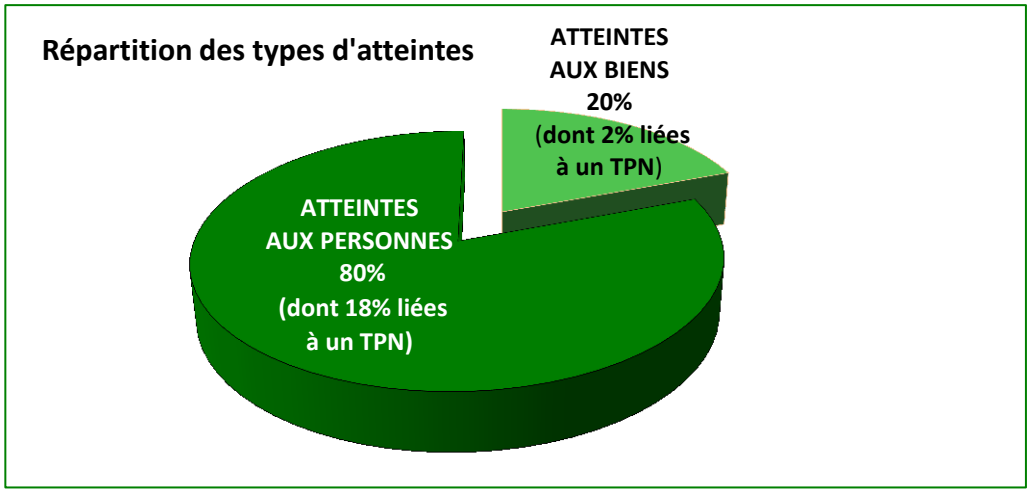
Dans la logique du système déclaratif mis en place lors de la création de cet observatoire, les établissements font remonter majoritairement des atteintes aux personnes. En effet, ce type d'atteintes est, pour des raisons évidentes, celui qui est le plus mal ressenti par les personnels et pour lequel, bon nombre d'entre eux est souvent le moins bien préparé. Par ce biais, les victimes désirent également alerter sur leurs conditions de travail et la dégradation des relations patients/soignants. Il est utile aussi que les établissements fassent remonter les incivilités car, comme il est indiqué en pages 6 et 7 de ce rapport, les incivilités produisent les mêmes effets négatifs que les violences physiques.

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

✓ **Remarque 3** **Les violences « médicalement » involontaires : les TPN.** Certains actes sont « médicalement » involontaires parce que dus à des pathologies comme par exemple la maladie d'Alzheimer ou la schizophrénie. En droit pénal, il s'agit bien de violences volontaires. Ces violences doivent donc être déclarées comme telles. En revanche, il se pose la question de la responsabilité pénale de leurs auteurs (abolition ou altération de tout ou partie du discernement) et surtout les mesures à envisager pour mieux prévenir les violences.

Il s'agit donc de prendre simplement en compte dans le signalement l'appréciation du déclarant et non une expertise médicale ou judiciaire diligentée pour la circonstance. Les données présentent ainsi une image plus fidèle de la réalité de la répartition des atteintes aux personnes en fonction de la gravité. Voir le tableau 2 de la page 15 qui donne le détail par type d'unité ou de structure des violences attribuées à un TPN.[13]

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

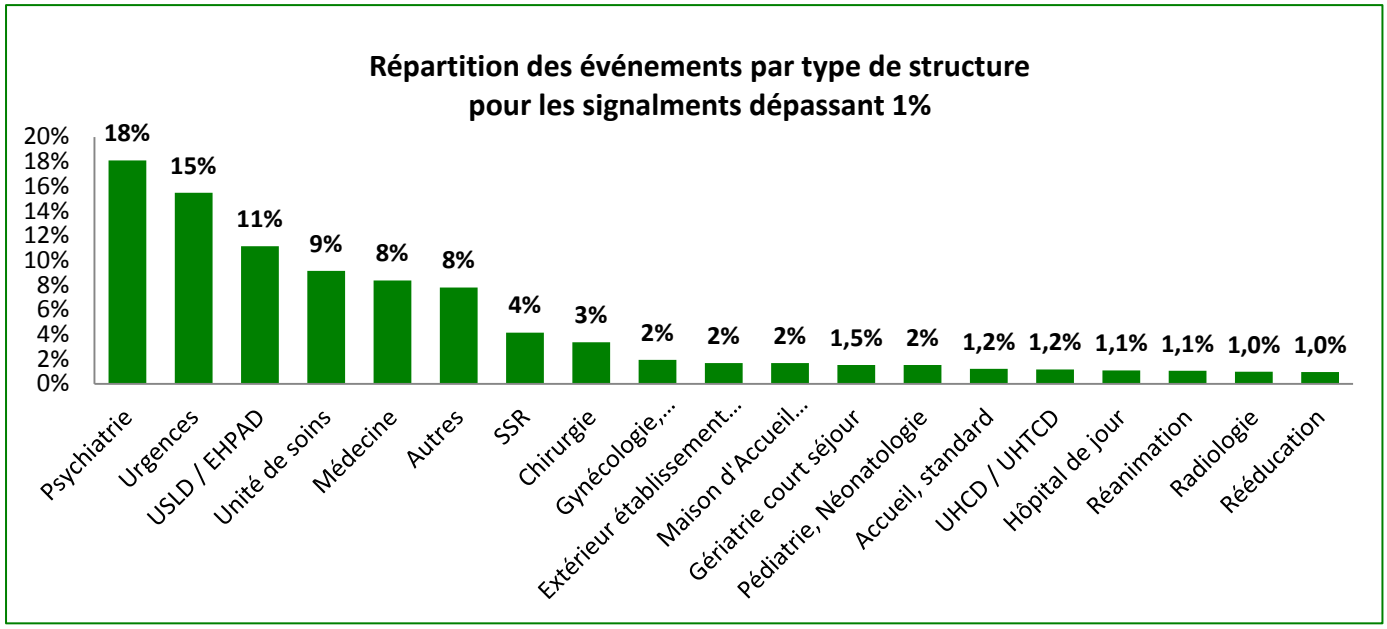


Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement
TPN : trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli le discernement ou le contrôle des actes de l'auteur

Ce graphique permet de comprendre que dans le cadre des atteintes aux personnes, très majoritairement déclarées (8 cas sur 10), 20% des atteintes sont liées à un TPN. Ce pourcentage n'est que de 2% pour ce qui concerne les atteintes aux biens[14]. Il est stable chaque année.

[13] Voir le texte de l'art. 122-1 du CP, page 76, note 38, qui évoque le « *trouble psychique ou neurospychique* ».
[14] Parmi les cas relevés de « TPN » on notera ceux dus à une « désorientation », voir III. Divers focus. Les personnes « désorientées » : violences et conséquences, page 117.

Graphique 4. Répartition des événements par lieu ou par service



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

- **19 structures et lieux qui ont enregistré le plus de signalements.**

Psychiatrie, urgences et USLD/EHPAD sont chaque année les structures qui connaissent le plus de signalements. Les pourcentages sont quasi identiques d'une année sur l'autre avec toutefois une part descendante de la psychiatrie en pourcentage, et qui connait une baisse des signalements en nombre de faits.

Les urgences restent stables tout comme les USLD/EHPAD en pourcentage mais connaissent une augmentation des signalements en nombre de faits.

Les unités de soins se répartissent entre psychiatrie et MCO.

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

Il faut noter une progression importante des signalements pour :

Les MAS (391 à 2018 contre 183 en 2017), l'hôpital de jour (254 en 2018 contre 149 en 2017) et la réanimation (247 en 2018 contre 192 en 2017)

- **Les 23 autres structures, représentant moins de 1% des déclarations** (répertoriées dans le tableau 2 page 15), sont énumérées dans l'ordre suivant du nombre de signalements recueillis :

Addictologie ; centre médico-psychologique ; bloc opératoire ; vestiaires ; UMD ; foyer d'enfance/adolescents ; polyhandicapés ; bureau du personnel ; SSIAD/domicile patient ; Services techniques, sécurité ; pharmacie ; UCA, UHSA ; laboratoire ; accueil Mère-Enfant ; centre de détention, magasins, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel ; alcoologie ; unité médico-judiciaire ; chambre mortuaire ; UHSI ; non précisé.

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

	Total des faits signalés		Atteintes non liées à TPN		Atteintes liées à un TPN	
Type de lieu ou de service	**Nombre**	**%**	**Nombre**	**%**	**Nombre**	**%**
Psychiatrie	**4 229**	**18**	**2 977**	**70**	**1 252**	**30**
Urgences	3 614	15	3 427	95	187	5
USLD / EHPAD	**2 602**	**11**	**1 584**	**61**	**1 018**	**39**
Unité de soins	**2 137**	**9**	**1 511**	**71**	**626**	**29**
Médecine	1 959	8	1 706	87	253	13
Autres	1 822	8	1 625	89	197	11
SSR	**970**	**4**	**635**	**65**	**335**	**35**
Chirurgie	788	3	755	96	33	4
Gynécologie, obstétrique, maternité	451	2	448	99	3	1
Extérieur établissement (sous-sol, jardin, parking)	394	2	386	98	8	2
Maison d'Accueil Spécialisée	**391**	**2**	**251**	**64**	**140**	**36**
Gériatrie court séjour	**357**	**1,5**	**198**	**55**	**159**	**45**
Pédiatrie, Néonatologie	356	2	331	93	25	7
Accueil, standard	286	1,2	283	99	3	1
UHCD / UHTCD	273	1,2	233	85	40	15
Hôpital de jour	254	1,1	230	91	24	9
Réanimation	247	1,1	231	94	16	6
Radiologie	229	1	222	97	7	3
Rééducation	222	1	194	87	28	13
Type de lieu ou de service avec un total des faits signalés < 1%						
Addictologie	167	0,7	143	86	24	14
Centre Médico-Psychologique	**161**	**0,7**	**115**	**71**	**46**	**29**
Bloc opératoire	147	0,6	144	98	3	2
Vestiaires	131	0,6	131	100		
UMD	**128**	**0,5**	**48**	**38**	**80**	**63**
Foyer d'enfance / Adolescents	**103**	**0,4**	**63**	**61**	**40**	**39**
Polyhandicapés	**99**	**0,4**	**61**	**62**	**38**	**38**
Bureau du personnel	71	0,3	69	97	2	3
SSIAD / domicile du patient	68	0,3	55	81	13	19
Services techniques, sécurité	65	0,3	61	94	4	
Pharmacie	64	0,3	62	97	2	3
UCSA	61	0,3	53	87	8	13
UHSA	54	0,2	24	44	**30**	**56**
Accueil Mère-Enfant	43	0,2	43	100		
Laboratoire	43	0,2	42	98	1	
Centre de détention	30	0,1	30	100		
Magasins	24	0,1	24	100		
Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel	22	0,09	19	86	3	
Alcoologie	13	0,06	10	77	3	
Unité Médico-Judiciaire (UMJ)	12	0,1	10	83	2	17
Chambre mortuaire	10	0,04	10	100		
UHSI	7	0	7	100		
Non précisé	256	1,1	247	96	9	4
Total	**23 360**	**100%**	**18 698**		**4 662**	

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

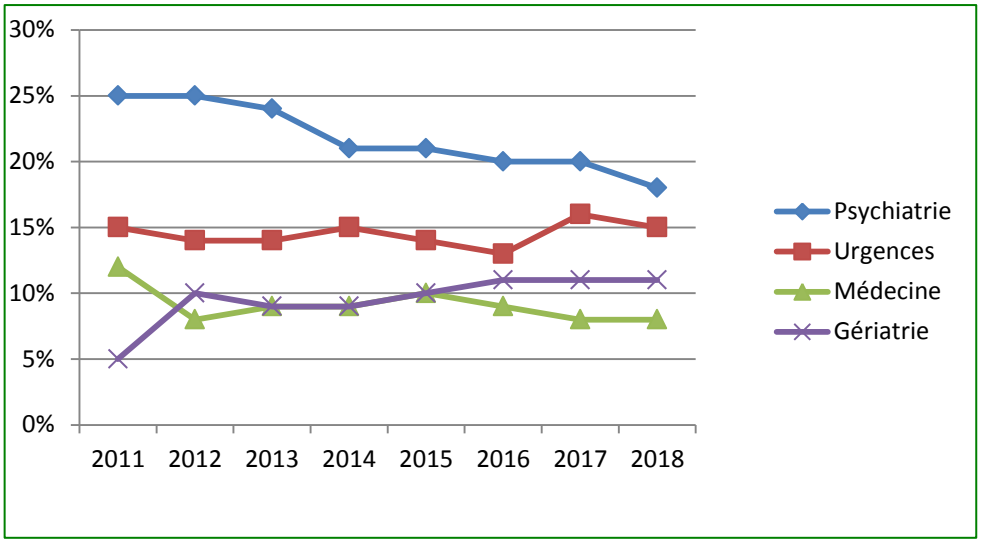
Le tableau 2 de la page 15 confirme la forte proportion des faits dus à une pathologie en secteur de gériatrie et de psychiatrie et dans les structures en lien direct avec ces services. Pour la psychiatrie, il s'agit très souvent de comportements liés à certaines maladies mentales comme la schizophrénie. Pour la gériatrie, il s'agit également de comportements directement liés à une maladie neurodégénérative comme la maladie d'Alzheimer.

Les faits en MAS révèlent également des TPN importants.

L'analyse des 23 autres structures, types de lieu ou de service avec des signalements < 1% montrent que 5 d'entre eux ont des taux de TPN qui approchent ou dépassent largement les 30 %.

Comme évoqué dans la ✓ Remarque 2, pp. 10-11, il convient de travailler, entre autres, sur la formation pratique des personnels à la gestion des violences verbales et physiques et à la communication, la formation sur les pathologies, l'encadrement et, pour les jeunes ou étudiants « le compagnonnage » ou transmission des savoirs-être et savoir-faire par les plus expérimentés, leur affectation dans une unité qui correspond le mieux à leur profil et à leurs compétences, la dotation d'un matériel de protection et de sécurité, et la cohésion des équipes pour prévenir le mieux possible les violences et savoir y faire face.

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



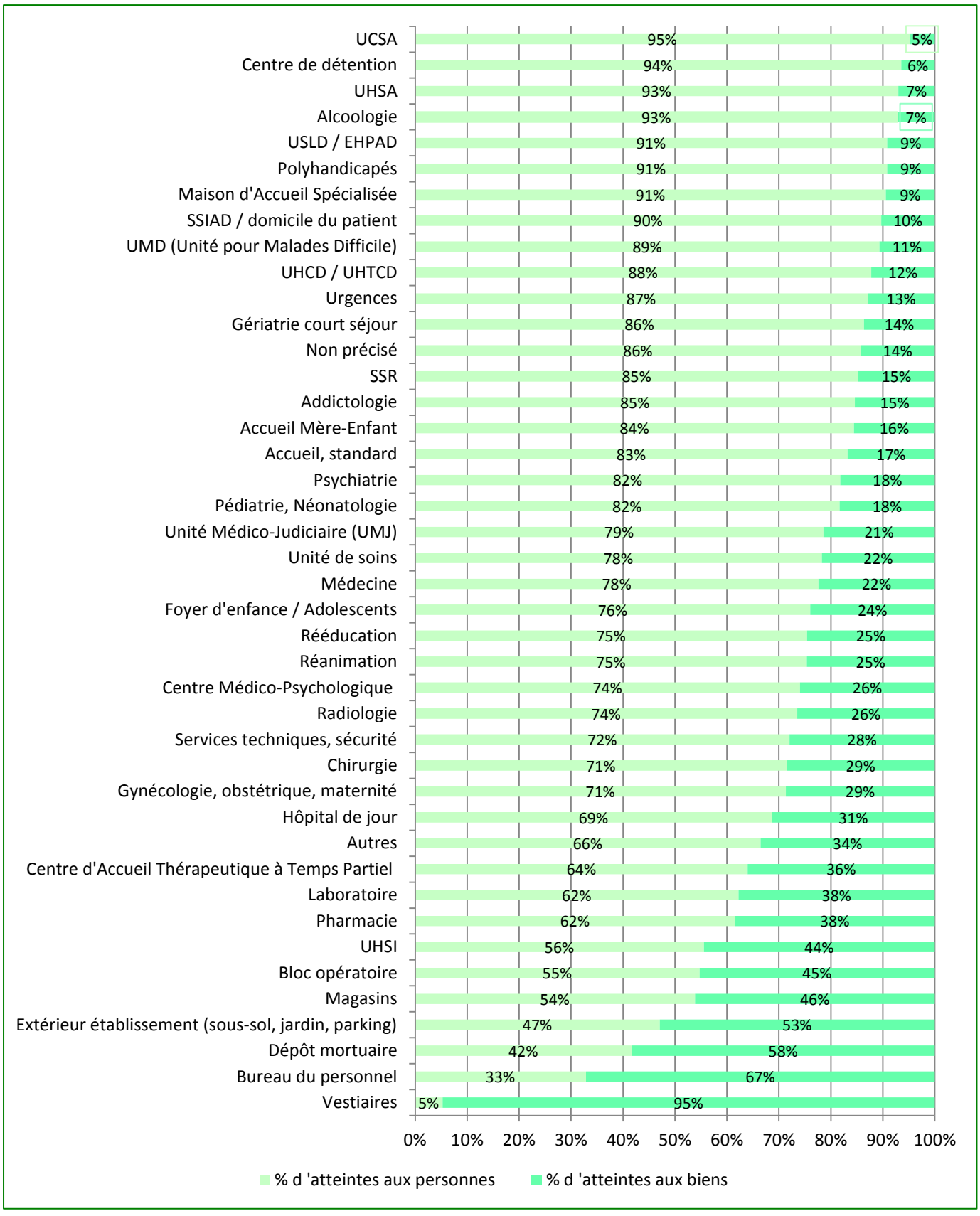
Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement

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

Type de lieu ou de service	Total des signalements *	Nombre d'atteintes aux personnes	Nombre d'atteintes aux biens
Psychiatrie	4 229	3 931	874
Urgences	3 614	3 450	513
USLD / EHPAD	2 602	2 510	253
Unité de soins	2 137	1 796	499
Médecine	1 959	1 625	469
Autres	1 822	1 305	658
SSR	970	879	152
Chirurgie	788	592	236
Gynécologie, obstétrique, maternité	451	341	137
Extérieur établissement (sous-sol, jardin, parking)	394	202	227
Maison d'Accueil Spécialisée	391	385	40
Gériatrie court séjour	357	330	52
Pédiatrie, Néonatologie	356	321	72
Accueil, standard	286	248	50
UHCD / UHTCD	273	265	37
Hôpital de jour	254	241	40
Réanimation	247	204	93
Radiologie	229	202	66
Rééducation	222	175	63
Non précisé	256	184	60
Addictologie	167	154	28
Centre Médico-Psychologique	161	140	49
Bloc opératoire	147	81	67
Vestiaires	131	7	126
UMD	128	126	15
Foyer d'enfance / Adolescents	103	92	29
Polyhandicapés	99	99	10
Bureau du personnel	71	24	49
SSIAD / domicile du patient	68	61	7
Services techniques, sécurité	65	49	19
Pharmacie	64	40	25
UCSA	61	59	3
UHSA	54	53	4
Accueil Mère-Enfant	43	38	7
Laboratoire	43	28	17
Centre de détention	30	29	2
Magasins	24	14	12
Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel	22	16	9
Alcoologie	13	13	1
Unité Médico-Judiciaire (UMJ)	12	11	3
Chambre mortuaire	10	5	7
UHSI	7	5	4
	23 360	**20 330**	**5 084**

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

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



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

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

Certains services, en raison de leur patientèle, seront davantage concernés par des violences faites aux personnes (que ce soit à l'égard du personnel soignant ou entre patients). C'est le cas pour la psychiatrie, les urgences, la gériatrie, la médecine, les unités de soins, les services de soins de suite et de réadaptation, les services de soins aux patients détenus, les soins au domicile du patient. Des lieux où les tensions liées à des inquiétudes en rapport avec la maladie ou bien à des faits directement liés à une pathologie sont très présents.

D'autres lieux seront plus touchés par une délinquance d'appropriation ou des dégradations (bureaux et vestiaires, parking, laboratoire, pharmacie).

I.4 Les atteintes aux personnes

20 330 atteintes aux personnes ont été recensées. Les violences faites aux personnes représentent 80% des signalements et se répartissent ainsi sur l'échelle des niveaux de gravité comme l'exprime le tableau ci-dessous.

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

Échelle des niveaux de gravité	Nombre de signalements d'atteintes aux personnes	
1 (insultes, injures)	6 586	32%
2 (menaces d'atteinte à l'intégrité physique)	3 453	17%
3 (violences physiques)	9 937	49%
4 (violences avec arme, etc.)	354	2%
TOTAL	**20 330**	**100%**

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

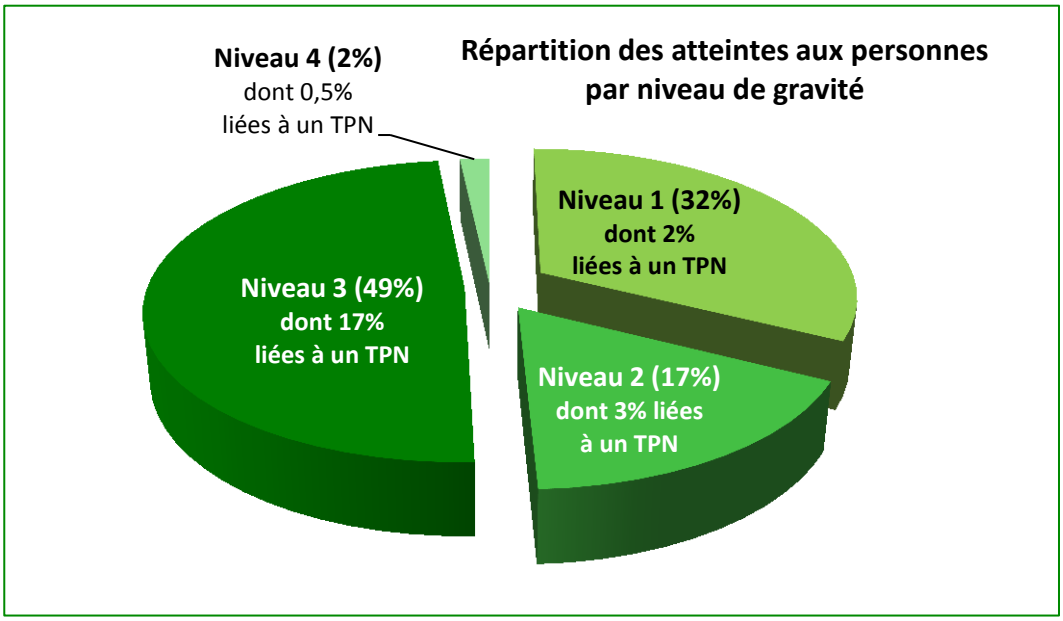
La répartition sur l'échelle des niveaux de gravité est quasi identique d'une année sur l'autre avec toutefois une augmentation des violences de niveau 4 passant de 1 à 2%.[15] Il s'agit surtout d'armes par destination, plus que des armes de catégories D (armes par nature).

Le fait que les signalements aient été bien plus nombreux en 2017 montre également une augmentation proportionnelle des signalements dans chaque catégorie.

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

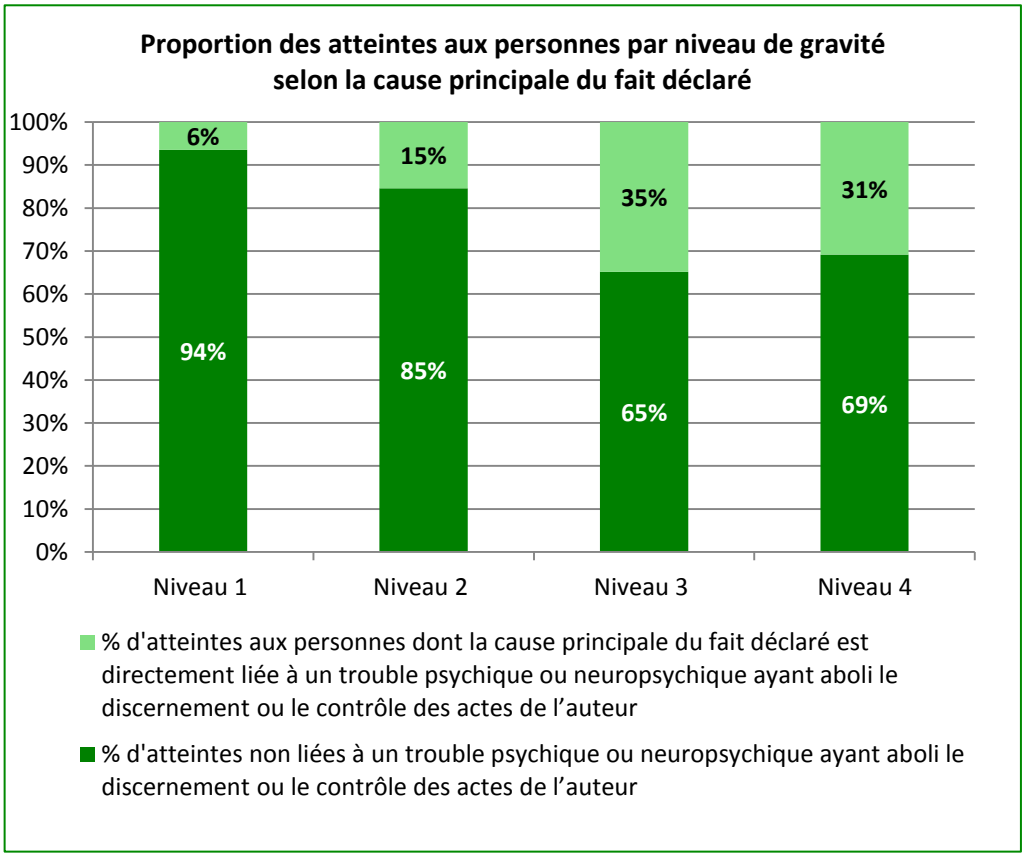
[15] Sur l'énumération des armes par destination utilisées par les auteurs de violences et répertoriées dans les signalements en 2018, voir ✓ Remarque 5, page 23.

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



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

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



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

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

Pour rappel sur les « TPN », voir ✓ Remarque 3, page 13.

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

Niveau de gravité	Type d'atteintes aux personnes	Total d'actes*	Répartition des atteintes	Atteintes liées à un TPN**
1	injures, insultes et provocations sans menace	12 290	36%	5%
	Chahut, occupation des locaux	5 138	15%	2%
	Drogue / alcool	1 178	3%	0%
	Exhibition sexuelle	125	0,4%	0,1%
S/TOTAL NIVEAU 1		**18 731**	**55%**	**7,8%**
2	Menace physique	3 393	10%	2%
	Menaces de mort	1 221	4%	0%
	Violence involontaire	146	0%	0%
	Port d'arme	77	0,2%	0,0%
S/TOTAL NIVEAU 2		**4 837**	**14%**	**2,6%**
3	Violence volontaire	9 623	28%	10%
	Menace avec arme	459	1%	0%
	Agression sexuelle	185	0,5%	0,1%
S/TOTAL NIVEAU 3		**10 267**	**30%**	**10,5%**
4	Violence avec arme	303	1%	0%
	Viol	13	0,0%	0,0%
	Séquestration	17	0,0%	0,0%
	Autre fait qualifié de crime	21	0,06%	0,01%
	Prise d'otage	4	0,01%	0,00%
S/TOTAL NIVEAU 4		**358**	**1,0%**	**0,3%**
TOTAL		**34 193**	**100%**	**21%**

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

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

> ✓ **Remarque 4** **Une violence verbale prédominante** (**50,77% du total des atteintes aux personnes**). Les violences volontaires et faits des niveaux 3 et 4 répertoriées dans les tableaux 4 et 5 sont généralement accompagnés d'insultes, d'injures et de provocations sans menace (niv. 1), de menaces physiques (niv. 2), de menaces de mort (niv. 2) et même de menaces avec arme (niv. 3). En additionnant ces types d'atteintes verbales répertoriées dans le tableau 4 on dénombre **17 363 faits** soit 50,77% de la totalité des atteintes aux personnes. Cela montre le niveau de tension et d'agressivité dans les établissements.

Voir III. Divers focus. La teneur des insultes, des menaces physiques, des menaces de mort et leur impact négatif, page 103.

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

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

Niveau de gravité	Type d'actes d'atteintes aux personnes	Total d'actes*	Répartition
1	injures, insultes et provocations sans menace	12 290	35,9%
3	Violence volontaire	9 623	28,1%
1	Chahut, occupation des locaux	5 138	15,0%
2	Menace physique	3 393	9,9%
2	Menaces de mort	1 221	3,6%
1	Drogue / alcool	1 178	3,4%
3	Menace avec arme	459	1,3%
4	Violence avec arme	303	0,9%
3	Agression sexuelle	185	0,5%
2	Violence involontaire	146	0,4%
1	Exhibition sexuelle	125	0,4%
2	Port d'arme	77	0,2%
4	Autre fait qualifié de crime	21	0,1%
4	Séquestration	17	0,0%
4	Viol	13	0,0%
4	Prise d'otage	4	0,0%
TOTAL		**34 193**	**100%**

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

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

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

- **Les déclarations de violences verbales et physiques en psychiatrie et en gériatrie bien que différentes dans l'expression, sont souvent liées à la pathologie des patients.**[16]. Parallèlement les établissements de psychiatrie accueillent un nombre croissant de personnes hospitalisées sans leur consentement, principalement des malades en crise. Si la majorité de ces patients ne sont pas dangereux, certains présentent un risque accru de violence. Les addictions à l'alcool et la toxicomanie majorent ce risque et rendent les rapports plus difficiles avec les professionnels et entre patients. Dans ce contexte les établissements de santé mentale sont confrontés à des violences spécifiques.

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

- **Les violences volontaires sans arme sont celles à mains nues.**

Crachat, gifle, morsure, griffure, ongles enfoncés dans la chair, pincement, serrage très fort des poignets, des avant-bras et des bras, tirage des cheveux (avec parfois arrachage de touffes et même décollement du cuir chevelu), torsion des doigts, des bras et des poignets, doigt dans l'œil, étranglement, coups de poing, de pied, de tête.

- **Les violences volontaires avec arme par nature et arme par destination.**

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

✓ Remarque 5 **On entend par armes :**

- **celles par nature** (arme à feu, arme blanche, gaz lacrymogène),
- **celles par destination** (objets qui vont être utilisés plus fréquemment comme arme soit par détournement de son usage naturel à des fins de violence, soit parce que l'auteur a délibérément transformé l'objet dans le but d'en faire une arme, ce qui est plus rare)[17].

Ci-dessous, les armes qui ont été utilisées ou ont servi à l'auteur pour menacer la victime *(les mots soulignés sont des objets nouvellement signalés en 2018 comme arme par destination).*

Aiguille à tricoter, assiette, balai, balai (manche à…) avec cutter scotché au bout, barre de fer, batte de baseball, béquille, bistouri, bouteille en verre, branche d'arbre, bris de verre, brosse à dents équipée d'une lame de rasoir, cadre mural avec verre, cafetière brûlante, canne de marche, casaque roulée en bouchon contenant des bouts de verre, casque de moto, ceinture de cuir, ceinturon, chaise, charriot de soignant, chien, cigarette allumée, cintre, ciseaux, clavier d'ordinateur, cordon de sonnette, couverts en métal, crayon à papier, déambulateur, déodorant (aspersion dans les yeux), écran d'ordinateur, enceinte bluetooth, extincteur, fauteuil roulant, grille de radiateur.

Joint de fenêtre, lame de rasoir, latte de lit, livre, marteau, marteau brise-vitre, massue en bois, néon, oreiller, panière, pèse-personne, pichet en métal, pied à perfusion, pied de table, pierre, pistolet à bille, pistolet de la douchette, plaque en fer, plateau-repas, plâtre en résine, poignée de volet roulant, poteau de balisage, poubelle, produit désinfectant (aspersion dans les yeux), sangle, sapin de Noël, scalpel, scope de transport, seringue, stylo à bille, table, télécommande de jeux vidéo ou de télévision, téléphone portable, triangle de potence, tensiomètre, thermomètre tympanique, tringle à rideaux, tringle de penderie, tronçonneuse, trousseau de clés, vaisselle, véhicule, ventilateur.

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

[17] Une attention particulière doit être portée sur l'installation d'éléments fixes qui ne peuvent pas être démontés, ou du moins pas démontés trop facilement, pour ne pas servir d'arme. La vigilance reste toujours de mise dans certaines unités et structures. C'est une des meilleures préventions.

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

VIOLENCES VERBALES						
Unité ou lieu	injures, insultes et provocations sans menace	Menace physique	Chahut, occupation des locaux	Menaces de mort	Drogue Alcool	TOTAL VIOLENCES VERBALES
Urgences	2 706	781	1267	354	692	5 800
Psychiatrie	1 730	789	833	352	157	3 861
Médecine	1 161	250	436	48	39	1 934
Unité de soins	1 085	274	404	111	53	1 927
USLD / EHPAD	1 113	273	399	30	23	1 838
Autres	923	191	400	55	33	1 602
SSR	470	158	199	20	15	862
Chirurgie	468	78	165	33	11	755
Gynécologie, obstétrique, maternité	278	57	132	13	11	491
Pédiatrie, Néonatologie	245	47	122	15	7	436
Accueil, standard	214	35	59	18	9	335
UHCD / UHTCD	154	55	42	24	26	301
Gériatrie court séjour	157	35	88	4	1	285
(vide)	169	25	74	14	3	285
Extérieur Ets (sous-sol, jardin, parking)	115	35	65	10	30	255
Réanimation	150	30	49	20	5	254
Addictologie	115	41	48	14	33	251
Hôpital de jour	116	35	45	9	0	205
Radiologie	148	20	31	2	3	204
Rééducation	139	16	32	11	3	201
Centre Médico-Psychologique	94	29	42	22	7	194
Maison d'Accueil Spécialisée	78	33	48	3	0	162
Bloc opératoire	72	11	14	3	1	101
Unité pour malades difficiles	36	15	15	7	1	74
Services techniques, sécurité	38	7	19	4	1	69
UCSA	43	13	7	4	1	68
SSIAD / domicile du patient	45	8	2	2	2	59
Accueil Mère-Enfant	32	7	17	1	0	57
UHSA	17	8	14	6	0	45
Foyer d'enfance / Adolescents	21	7	13	1	0	42
Centre de détention	22	9	4	2	0	37
Pharmacie	32	0	5	0	0	37
Laboratoire	23	0	9	0	0	32
Bureau du personnel	18	4	9	1	0	32
CATTP	9	3	10	2	2	26
Magasins	12	4	3	3	3	25
Alcoologie	10	3	6	0	6	25
Unité Médico-Judiciaire	9	3	2	1	0	15
Polyhandicapés	10	3	1	0	0	14
Chambre mortuaire	4	1	3	1	0	9
UHSI	4	0	3	1	0	8
Vestiaires	5	0	2	0	0	7
TOTAL GÉNÉRAL	**12 290**	**3 393**	**5 138**	**1 221**	**1 178**	**23 220**

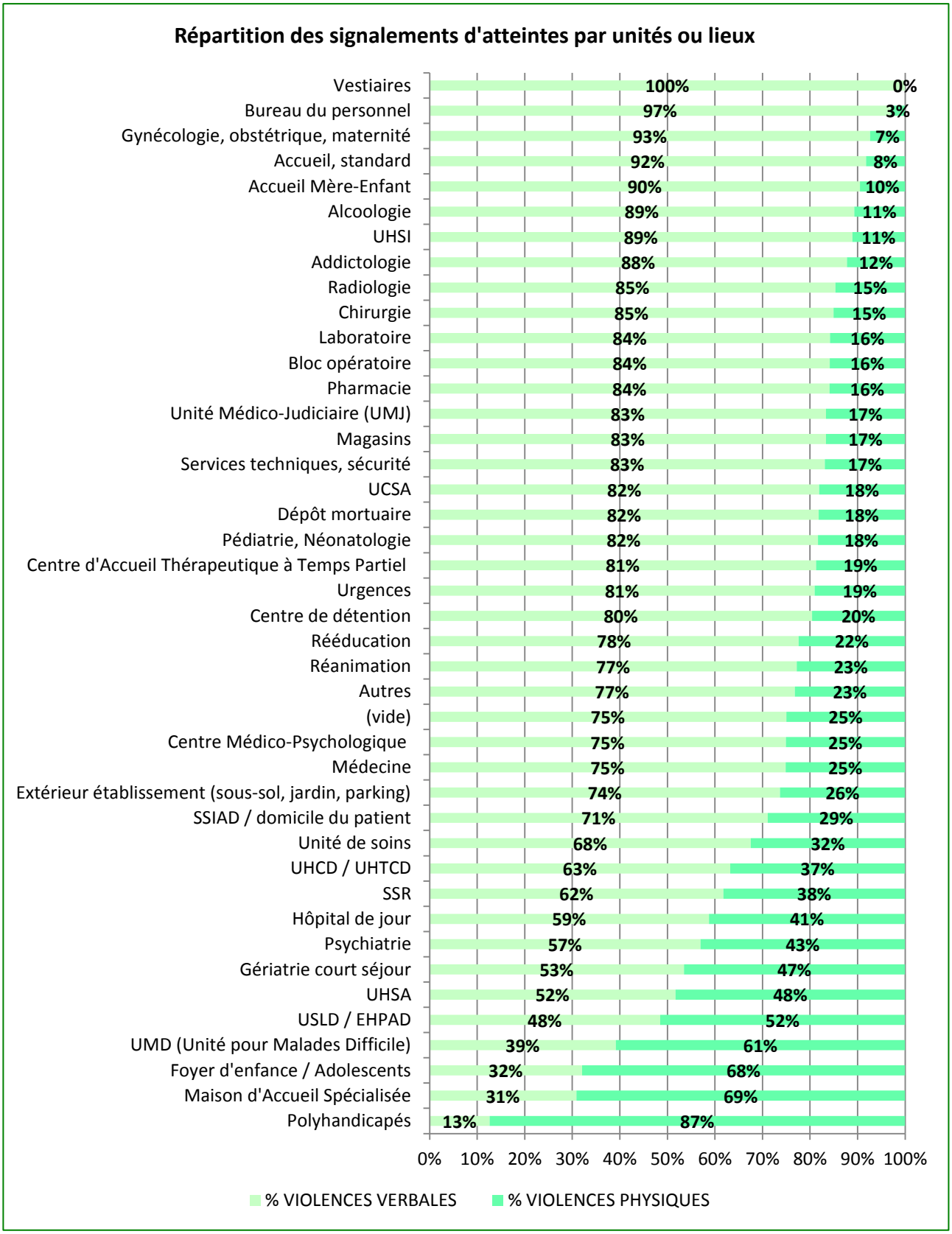
Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement

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

VIOLENCES PHYSIQUES												
Unité ou lieu	Viol	Séquestration	Autre fait qualifié de crime	Prise d'otage	Violence volontaire	Exhibition sexuelle	Violence avec arme	Port d'arme	Menace avec arme	Violence involontaire	Agression sexuelle	TOTAL VIOLENCES PHYSIQUES
Psychiatrie	8	0	4	0	2 579	20	72	19	122	39	52	2 915
USLD/EHPAD	1	2	5	0	1 772	24	46	3	54	8	40	1 955
Urgences	1	2	2	1	1 176	13	34	22	75	19	17	1 362
Unité de soins	2	2	0	1	811	17	20	7	34	10	22	926
Médecine	0	2	1	0	551	5	21	9	39	10	11	649
SSR	0	2	1	0	456	11	20	1	21	5	16	533
Autres	0	2	1	0	408	10	19	5	25	4	10	484
MAS	0	0	0	0	343	2	4	0	6	3	5	363
Gériatrie court séj.	0	0	2	0	221	3	7	0	9	4	2	248
UHCD/UHTCD	0	0	0	0	134	4	5	1	9	22	0	175
Hôpital de jour	0	0	0	0	124	1	3	2	7	7	0	144
Chirurgie	0	0	0	0	115	2	5	0	9	1	2	134
UMD	0	0	0	0	108	1	2	0	3	0	1	115
Pédiatrie, néonat.	0	1	0	0	88	1	1	0	5	1	1	98
SSIAD/dom. patient	0	0	1	0	16	0	1	0	3	1	2	24
Extérieur	0	0	1	0	64	6	9	0	9	2	0	91
UHSA	0	0	0	0	40	0	2	0	0	0	0	42
CMP	0	0	0	0	48	2	5	2	6	0	2	65
(vide)	1	0	0	0	84	0	2	0	6	1	1	95
Foyer d'enf./Ado	0	0	0	0	80	0	6	0	2	1	0	89
Réanimation	0	0	0	0	69	0	5	0	1	0	0	75
Rééducation	0	0	1	0	49	0	6	0	2	0	0	58
Gynécologie,	0	0	1	0	35	1	0	1	0	1	0	39
Radiologie	0	0	0	0	31	0	2	0	0	2	0	35
Addictologie	0	1	0	0	29	1	1	0	3	0	0	35
Accueil, standard	0	0	1	0	19	0	1	4	4	1	0	30
Bloc opératoire	0	0	0	0	18	0	0	0	0	1	0	19
UCSA	0	0	0	1	12	0	0	0	1	0	1	15
Services	0	0	0	0	10	0	1	0	2	1	0	14
Centre détention	0	2	0	1	5	0	0	0	1	0	0	9
Pharmacie	0	0	0	0	5	0	0	1	0	1	0	7
Laboratoire	0	0	0	0	4	0	1	0	0	1	0	6
CATTP	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	6
Accueil Mère-Enf.	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	6
Magasins	0	0	0	0	4	0	0	0	1	0	0	5
Alcoologie	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	3
UMJ	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	3
Chambre mortuaire	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2
UHSI	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Bureau du	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Vestiaires	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL GÉNÉRAL	**13**	**17**	**21**	**4**	**9 623**	**125**	**303**	**77**	**459**	**146**	**185**	**10 973**

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

Graphique 9. Répartition des signalements de violences verbales et de violences physiques par unité ou lieu



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

Quelques observations générales à partir des tableaux 7 et 8.

➢ **Certains services sont le lieu d'expression principal des violences verbales avec une escalade pouvant déboucher sur des coups.** Ces situations se retrouvent notamment dans les services où l'attente du patient est forte, chargée en émotion et en angoisse (pédiatrie, urgences) ou lorsque le patient estime que la prise en charge ne correspond pas à ses besoins. En effet, les conditions d'accueil (services ponctuellement ou régulièrement surchargés, longueur de l'attente sans communication et explications suffisantes envers les patients), le manque de personnel, parfois le manque de cohésion des équipes, voire d'autorité, ou encore l'aménagement architectural intérieur des lieux inadapté constituent des facteurs de tensions supplémentaires et sont aussi générateurs de violences.[18]

➢ **La consommation d'alcool et/ou de produits stupéfiants[19] (ajoutée parfois à la prise de médicaments) facilite aussi le passage à l'acte violent,** tant de la part de patients, d'anciens patients de service spécialisés, que de membres de la famille ou de personnes n'ayant pas de raison particulière d'être dans l'établissement (Voir signalements dans les motifs de violence : alcool, drogue, page 47). Les effets négatifs sont nombreux : comportements très difficiles à prévoir et à gérer, réactions incohérentes, désorganisation du service, prise à partie des personnes présentes, dégradation de matériel, etc.

> ✓ **Remarque 6** **La promiscuité de soins dispensés dans les mêmes locaux à des patients qui sont sous l'emprise manifeste d'alcool ou de stupéfiants et à d'autres patients.** Une réflexion s'impose en ce qui concerne la conception des locaux des urgences pour l'accueil et le soin des patients alcoolisés et/ou sous l'emprise de stupéfiants. En effet, la violence de ces patients parfois « *incontrôlables* », comme l'expriment certains signalements, avec les débordements qui s'ensuivent (violences contre les personnels parfois au moyen d'armes par destination, dégradations de matériel, violences même contre d'autres patients, sans oublier l'impact psychologique) est source de désorganisation des services et de discontinuité des soins.

➢ **L'agressivité, voire la violence physique, semblent être parfois les seuls modes d'expression connus des patients ou d'accompagnants, surtout s'ils sont en groupe. Ces comportements inciviques ou asociaux sont parfois imprévisibles et difficilement gérables.**

- « ***2 individus armés de couteaux entrent dans les urgences à la recherche d'une personne suite à une rixe dans la rue, pour "finir le travail" sur un patient arrivé plus tôt pour plaie par couteau.*** Sèment la panique auprès des autres patients et familles qui se sont retranchés dans une salle de stockage pour mise en sécurité par le personnel soignant » (Urgences)

- « ***Patient de 16 ans*** *(selon ses dires),* ***admis pour une plaie à l'arme blanche dans le dos.*** *Patient agressif, refusant tous les soins, violent, essaie de nous frapper, insultant, nous crache dessus à plusieurs reprises ; Nécessité d'utiliser le bouton d'appel d'urgence à 4 reprises pour le contentionner, car arrivait à se décontentionner. A essayé de s'étrangler avec le tuyau du dynamap.* » (Urgences)

- « ***Altercation du côté du dépose minute entre plusieurs jeunes du quartier qui reconnaissent parmi les vigiles à l'entrée de l'hôpital un des agents qui la veille l'a sorti après chahut dans un module de consultation.*** *Profère des menaces de mort et de représailles avec 5 de ses amis. La police est arrivée en raison de l'attroupement, altercation entre la police et les jeunes. Ces derniers ont été embarqués.*» (Autres)

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

[19] Le fait que l'auteur agisse en état d'ivresse manifeste ou sous l'emprise manifeste de produits stupéfiants est une circonstance aggravante au regard du droit pénal (violences avec ITT de plus de 8 jours, art. 222-12 14° du code pénal).

- « ***Des personnes se présentent à l'accueil des urgences à 3h15. Elles sont agitées et crient. Elles exigent que leur ami qui s'est fait tabasser soit pris en charge.*** *L'IOA demande l'identité du patient. La personne qui l'accompagne la traite de débile. Le patient s'énerve et crie alors qu'il est pris en charge. Le groupe de 6 personnes devient ingérable. La police est appelée et emmène les 2 patients ainsi que leurs amis.* » (Urgences)

- « *Appel de l'agent de sécurité par le laboratoire interne à l'hôpital pour* ***deux jeunes femmes très agitées*** *et qui* ***souhaitent récupérer des résultats d'analyse.*** *Les deux individus menacent le personnel de revenir à plusieurs dans l'après-midi.* » (Laboratoire)

- « ***Un patient est venu avec son groupe d'amis*** *au sein du service des urgences. Ces derniers* ***sont montés dans l'ambulance privée*** *stationnée dans le hangar et ont fait sonner la sirène du véhicule. Par la suite un des amis urine de la rambarde et devient agressif et insultant quand une infirmière lui fait remarquer son incivilité.* » (Urgences)

- « *Trois jeunes étaient* ***devant les ascenseurs*** *et* ***l'un des jeunes jouait avec l'extincteur****. L'aide-soignant lui a signifié que ceci n'était pas un jeu et le jeune l'a en retour menacé de la frapper.* » (Gynécologie)

- « ***Trois patients sont venus consulter aux urgences avec quatre accompagnants*** *pour examen clinique* ***avec demande de certificat descriptif pour coups et blessures****. À la fin des soins, lors de la sortie des patients, un groupe d'environ 6 à 10 personnes attendait et une rixe a débuté devant la salle de l'Infirmière Organisatrice de l'Accueil (IOA) et s'est poursuivie dans la salle d'attente des urgences et jusque dans le couloir des salles de consultation des urgences et la salle de soins. Une personne du groupe qui attendait les patients à la sortie a été blessée d'un coup de ceinturon et a nécessité des soins dont une suture. Un des patients portait un couteau qu'il a sorti au moment de la rixe avec un comportement menaçant. Le cadre de santé et un ambulancier ont désarmé le porteur du couteau. Une aide-soignante a été insultée. Une patiente est partie des urgences par peur, alors qu'elle n'avait pas encore été examinée ; elle n'a pu être recontactée pour consulter car elle n'avait pas pu laisser son numéro de téléphone lors de la création de son dossier. Actions de médiation de l'ensemble du personnel présent. Un des protagonistes voulait s'emparer d'une bouteille d'oxygène pour s'en servir d'arme, il en a été empêché par le personnel.* » (Urgences)

- « ***Altercation hors du service entre un patient et une personne étrangère à l'hôpital : ni patient, ni salarié.*** *Plus tard, plusieurs patients relatent des évènements récurrents de racket par des individus parfois armés d'arme blanche au sein de l'hôpital. Situation plusieurs fois exprimée par plusieurs patients différents ces dernières semaines. À noter que certains patients précisent la survenue antérieure d'agressions par ces mêmes individus en cas de résistance au racket.* » (Psychiatrie)

- « *Appel de l'IAO à la demande du cadre du service pour l'****évacuation de 7 sdf connus du service****.* ***il leur est demandé de quitter le service et l'hôpital.*** *Les agents se présentent. 2 sdf refusent de partir et se montrent agressives. L'un se montre particulièrement virulent, nous repousse de la main et tente de nous asséner des coups de poing. Nous le maitrisons et le plaquons au sol. Il est maintenu au sol en attente de la police pendant que le deuxième agent empêche les autres de pénétrer dans le sas. La police se présente et prend en charge les 2 individus. Blessés parmi les agents de sécurité* » (Autres)

➢ **À propos des violences signalées lors des soins infirmiers à domicile ou d'une HAD**[20], l'ONVS constate des situations complexes et parfois très difficiles à gérer, avec une anxiété d'autant plus

[20] À propos des patients hospitalisés à domicile HAD : « *En 2016, plus de la moitié des patients admis en hospitalisation à domicile (HAD) sont âgés de 65 ans ou plus. Les femmes sont prises en charge plus jeunes, 22 % de leurs séjours étant liés à la périnatalité. Les soins palliatifs, de cancérologie, les pansements complexes et la périnatalité sont les quatre principaux*

forte chez les soignants qu'ils sont souvent dans un contexte isolé et parfois hostile. En effet, la famille ou l'entourage présent dans le domicile ne facilite pas toujours la sérénité des relations. Cela peut cacher d'ailleurs une relation conflictuelle au sein de la famille qui va se déporter volontairement ou non sur les soignants. Les prises en charge deviennent compliquées, selon l'expression même des soignants. Les signalements restent peu nombreux.

Pour un patient alcoolisé.

- « *Patient alcoolisé, agressif envers lui-même et les autres. Il reste obnubilé et se sent persécuté pour des soucis administratifs. Ceci engendre vraie colère chez lui, ton est fort et gestes sont brusques. À l'arrivée chez le patient table cassée au sol, verres brisés avec présence de vin rouge. Il tient fortement la soignante par le bras sans vouloir la lâcher. Se colle à elle pour lui parler et à un moment il attrape la patte de table cassée et l'oriente vers la soignante. Yeux exorbités. Peur de l'agent qui ne veut plus se déplacer à domicile seule. Comment faire la nuit ? Matériel de l'HAD imbibé de vin et de saletés de tout genre.* »

- « *Propos injurieux envers des professionnels de santé et menaces : "Je vais le planter le médecin et l'infirmière je vais l'en… celle-là". Patient alcoolisé, dit boire un cubi tous les deux jours.* »

Pour un patient provoquant sexuellement.

- « *Gestes déplacés à connotation sexuelle sur une aide-soignante lors d'une toilette. Situation très embarrassante pour la soignante, patient recadré mais qui continue.* »

Pour un patient atteint d'un TPN et menaçant avec une arme à feu. Se pose la question de l'admission dans une structure adaptée.

- « *Mise en joue à l'aide d'un fusil d'une aide-soignante du SSIAD par un usager présentant une maladie d'Alzheimer. La gendarmerie est intervenue au domicile pour procéder à l'enlèvement des armes. Famille de l'usager prévenue. Signalement d'évènement indésirable grave à l'ARS.* […] »

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

- « *Lors d'une visite à domicile pour organiser la sortie d'un patient hospitalisé en SSR,* ***l'assistante sociale et l'ergothérapeute sont reçus au domicile par l'épouse du patient,*** *celle-ci les reçoit* ***avec un couteau,*** *celui-ci est neutralisé et écarté. L'épouse est très agressive et menaçante avec l'équipe mais aussi envers son mari hospitalisé. Un signalement personne vulnérable est en cours auprès du procureur de la République.* »

- « ***Lors de notre arrivée au domicile (médecin-directeur, médecin coordonnateur, cadre de santé) de la patiente, son compagnon nous a agressés verbalement de façon extrêmement violente*** *puis s'est levé du lit et a défié physiquement notre médecin coordonnateur. Le compagnon est parti avec son chien dehors. Ce comportement était aussi envers les infirmières qui venaient au domicile prodiguer les soins à la patiente. Nous avons dû arrêter la prise en charge en HAD.* »

- « *Lors d'une* ***visite à domicile d'une ergothérapeute*** *dans le cadre d'une préparation de retour à domicile,* ***agressivité d'une personne proche du patient*** *et du fils du patient. Le patient n'était pas là. Agressivité verbale (insultes) de la personne qui a poussé l'ergo en l'obligeant à quitter le domicile sans avoir terminé la visite.* »

---

motifs d'admission (deux tiers des séjours). Les séjours pour soins de nursing lourds sont les plus longs (50 jours, contre 18 en moyenne, tous motifs confondus) et concernent les patients les plus dépendants. À l'inverse, les séjours techniques de cancérologie durent en moyenne 5 jours et 94 % des patients sont autonomes ou faiblement dépendants. Deux tiers des séjours d'HAD sont réalisés au profit de patients provenant d'un établissement de santé avec hébergement.»
Source : Panorama des établissements de santé, Édition 2018, p. 105, DREES.
http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/21-7.pdf

- « *Cet **événement a eu lieu au domicile d'une patiente hospitalisée en HAD. Le fils de la patiente a agressé verbalement l'aide-soignante, lui refusant l'entrée du domicile.** Les faits reprochés étaient infondés. L'IDE est intervenue afin de calmer le fils qui en est presque venu aux mains. Il hurlait après l'IDE. L'IDE et l'AS, très bouleversées, n'ont pas pu effectuer les soins. Le fils de la patiente était connu pour ses accès d'humeur. Le médecin coordonnateur a contacté le médecin traitant de la patiente et a adressé un mail à son fils lui expliquant que la structure HAD n'acceptait pas son agressivité envers ses soignants*. »

Pour des difficultés dues à des maladies psychiatriques.

- « *Lors d'une visite à domicile d'un **patient** par un IDE de psychiatrie, celui-ci le retrouve agité **en train de menacer sa mère avec un couteau, puis l'IDE et lui-même.** Le patient vit avec sa mère. L'IDE parvient a appeler le CMP de l'établissement pour prévenir le psychiatre référent qui fait réserver une chambre [à tel hôpital] en isolement sans passage par les Urgences [de tel autre hôpital] (structure non adaptée aux patient agités violents). [intervention du SAMU et des pompiers pour conduite à l'hôpital].* »

- « *Durant la visite à domicile, le **patient (enfant) était agité et agressif.** Dans un moment de réassurance et de sécurisation, il mord l'infirmier sur le bras gauche face externe. Sa collègue infirmière a pu l'écarter pour éviter une morsure plus profonde.* »

Pour une agression au retour d'une visite à domicile.

- « *À la sortie d'une visite à domicile dans le cadre de l'unité de soins précoces perinatalité, j'ai été victime d'une agression avec vol par deux hommes qui ont surgi, dont l'un m'a arraché mon collier et cassé deux chaines que je portais au cou. J'ai eu quelques éraflures autour du cou (griffures légères). Quartier insécurisé. Retour à domicile avec mon véhicule personnel. Risque lié au déplacement et intervention dans des quartiers difficiles.* »

➢ **À propos des violences commises contre les personnels des SMUR lors d'interventions extérieures,** l'ONVS, comme l'an passé, a reçu très peu de signalements. Quatre interventions sont à noter dont l'une a fait l'objet d'une médiatisation.

- « *Sur la voie publique, près du stade de [telle ville], **l'équipe du SMUR (1 infirmier, 1 médecin et 1 ambulancier) a été agressée par deux individus. Des coups ont été portés et l'équipe a été menacée avec un marteau.** L'équipe a réussi à se soustraire de ses agresseurs et à se réfugier dans l'ambulance. La police est arrivée et a interpellé les deux individus.* »

- « *Agression lors d'une sortie SMUR par le frère de la victime (**menaces avec une tronçonneuse).*** » Plainte déposée.

- « *Appel au SAMU à 20h30 pour une **urgence vitale concernant un jeune homme de 22 ans blessé balistique.** Départ immédiat du SMUR et des moyens pompiers. **À l'arrivée de l'équipe SMUR, la zone n'est pas sécurisée.** Des CRS arrivés sur place sont en train de s'habiller. Un attroupement se forme et grossit très rapidement avec une foule agressive verbalement et physiquement et située à moins de 5 m (en partie contenue par les policiers sur place). Les sapeurs-pompiers sont auprès du blessé : point de compression cervicale en cours. Le médecin constate qu'il est en arrêt cardiaque dans la voiture. Il fait réaliser une extraction d'urgence et initie avec l'infirmière les premiers gestes alors que la foule devient plus agressive. L'équipe fait face à des projectiles (pierres, chaussures). L'infirmière reçoit une chaussure en pleine face. Compte-tenu de la situation de violence subie, l'équipe s'extrait du quartier avec la victime et poursuit tant bien que mal les premiers soins pendant le transport vers le bloc des urgences.* »

- « ***Patient pris en charge chez lui par le SMUR a insulté, a craché sur le médecin** et ensuite a menacé de mort et de représailles le peuple français.* »

➢ **À propos de violences dans des structures qui ne semblent pas toujours adaptées aux pathologies des patients/résidents qui y sont accueillis.** C'est ce qui ressort de signalements et des retours recueillis par l'ONVS lors de ses déplacements sur site. Les personnels de santé n'ont donc pas toujours les moyens de gérer la prise en charge de ces patients/résidents de façon optimum. Cela pose également la question de la formation des personnels, parfois non suffisamment adaptée à leur prise en charge. Cette difficulté perturbe la vie de l'établissement d'accueil temporaire et celle des autres patients. Elle met en insécurité les personnels et les patients/résidents. Elle perturbe encore l'attention qui doit être portée aux autres patients.

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

- « ***Patient délirant, désinhibé, avec comportement inadapté et dangereux, installé dans une chambre non adaptée à sa pathologie.*** *Il démonte tout, tout est sorti de la chambre, il casse la poignée de la chambre et arrache le boitier incendie.* » (Psychiatrie)

- « ***Patient entré*** *[à telle date]* ***pour hétéroagressivité sur une démence mixte vasculaire et Alzheimer.*** *Patient très agité et agressif envers les soignants, tient des propos menaçants et des gestes violents en permanence, tels que "tu commences à me faire c… toi", "si tu continues, tu vas te prendre une paire de claques", "je vais t'en foutre une".* ***Différents traitements ont été essayés, mais aucune efficacité. Difficulté de prise en charge car le schéma se répète tous les jours depuis 15 jours*** *: calme le matin, puis l'après-midi cherche à rentrer chez lui, angoisse car est désorienté et impossibilité de le rassurer. Il devient alors agressif. Des mesures de contentions ont été mise en place par nécessité car devient dangereux pour l'équipe soignante.* ***À plusieurs reprises l'équipe majoritairement féminine a dû faire appel à des renforts (urgences, brancardiers de gardes, etc.) n'arrivant pas à le contenir. Aucune amélioration n'est constatée, l'équipe se sent en difficulté et en insécurité face à la violence de ce patient. Service non adapté à ce patient déambulant et angoissé car on essaye de le contenir dans la structure de l'hôpital.*** **»** (Gériatrie court séjour)

- « ***Tentative de strangulation*** *de M. X envers un autre résident M. Z sans motif identifié. La violence du geste a provoqué des marques au niveau haut du corps. Intervention de plusieurs agents afin de contraindre M. X à lâcher prise, ce qui a provoqué une chute de M. Z de sa chaise. M. X utilise sa canne comme arme de défense lors des interventions de personnel.* ***Pour mémoire deux autres signalements effectués. Ce résident accueilli en foyer d'accueil médicalisé pour personne handicapée vieillissante (handicap mental). M. X a développé des troubles à caractère psychiatriques relevant du secteur de soins psychiatrique et ne relevant plus d'un secteur médico-social non adapté.*** » (Foyer de vie)

- « ***Crise clastique chez un enfant de 9 ans, 50kg, dans un contexte socio-familial complexe avec reprise d'un traitement de fond et placement en famille d'accueil.*** *Menace de taper avec gestes envers l'auxiliaire puéricultrice (coup retenu par une collègue), tentative de coups de pieds, nombreuses insultes. Appel agent de sécurité, pédiatre et interne prévenus, contention physique et chimique.* ***Remarque du service : structure de pédiatrie non adaptée pour cet enfant violent physiquement et verbalement ayant une chambre proche d'autres bébés et ayant déjà nuit aux adolescents et autre personnel*** *la veille.* » (Pédiatrie, Néonatologie)

- « ***Un patient autiste hospitalisé en attente d'une place dans un autre établissement*** *s'énerve dans la salle commune, fonce sur une patiente assise autour d'une table qui jouait à un jeu de société avec d'autres patients et lui assène un coup de poing sur le dos avant de repartir en courant. La patiente effrayée se réfugie dans sa chambre. Intervention de l'équipe soignante, le patient est raccompagné dans sa chambre pour se calmer. Rencontre avec la cadre du service [tel*

jour] : Cet événement concerne un patient autiste (plusieurs déclarations [tel mois]). Ce patient est âgé de 25 ans mais peut en paraître seulement 8 de par sa façon d'agir. ***Le service n'est pas adapté pour l'accueil des patients autistes. De plus, l'équipe n'est pas formée à cette pathologie, compliquant la prise en charge du patient qui est resté imprévisible tout au long de son séjour.*** *Cela implique une attention de tous les instants, ce que l'effectif du service ne permet pas toujours. Il y a aussi les autres patients à "surveiller". L'adaptation de la prise charge à nécessité beaucoup de communication au sein de l'équipe.* ***Les parents du patient ont également été d'une aide précieuse. Ils connaissent parfaitement la pathologie de leur fils et ont apporté des nombreux conseils permettant d'adapter la prise en charge au mieux.*** **»** (Psychiatrie)

- « *Second signalement pour ce même enfant. Événement fréquent dans une structure non adaptée à la prise en charge de ce type d'enfant relevant de la psychiatrie et non du secteur sanitaire.* » (Pédiatrie, Néonatologie)

- « *Patiente qui avait le nez qui coulait, en voulant la nettoyer a donné un coup de poing dans la mâchoire de l'aide-soignante, patiente agressive en permanence,* ***structure inadaptée pour prise en charge des patients ayant troubles cognitifs +++,*** *aucune solution trouvée actuellement pour prise en charge post rééducation.* ***Récusée par la géronto-psychiatrie.*** » (Rééducation, CH)

- « ***Patiente qui crie après le petit déjeuner,*** *veut être levée. Décision de l'AS de lui faire sa toilette afin de la lever rapidement et ainsi d'éviter qu'elle continue de crier et de s'énerver.* ***Début de la toilette qui se passe normalement puis d'un coup frappe l'AS dans la poitrine,*** *patiente agressive, décision de suspendre la toilette. Au moment de la recontentionner attrape la serviette de toilette et la frappe avec. Après un moment une autre AS décide de continuer la toilette car semble plus calme. Toilette et changement de la stomie sans aucun souci, patiente calme. Au moment du lever frappe l'AS au niveau du thorax. Installation au fauteuil à sa demande, se fait glisser au sol, essai de se jeter parterre. Se met à ramper jusqu'à la porte, essai de frapper avec ses poings veut sortir de la chambre. A été réinstallée au fauteuil et recontentionnée.* ***Service de SSR non adapté pour une patiente de géronto-psychiatrie.*** » (SSR)

- « *M. a présenté une augmentation de ses troubles cognitifs et de comportement : – a, à plusieurs reprises déféqué et uriné dans le couloir du service – a été retrouvé à plusieurs reprises tout nu dans le couloir du service aux yeux des patients et des visites – a eu des gestes violents, veut "donner une baffe" – s'assoit par terre – a eu des paroles inadaptées et vulgaires "va te faire...", – a mis le matelas par terre, ses draps par terre – va dans les chambres des patients, prend leurs affaires – la nuit s'est couché dans le lit d'une autre patiente.* ***M. est dans notre service depuis plus de 100 jours !!! L'équipe en place est ÉPUISÉE par sa prise en charge, le service est rappelons-le un service de med active et de PEC de patient en situation de maladie aigüe.*** *Cette situation met en insécurité le service, les patients et monopolise énormément les équipes qui malgré leur patience sont au bout de leur capacité.* ***Les démarches sont en cours depuis plus de 2 mois.*** *Une gestionnaire départementale de territoire a le dossier* ***et le patient est sur la liste d'attente de beaucoup de structures.*** » (Addictologie)

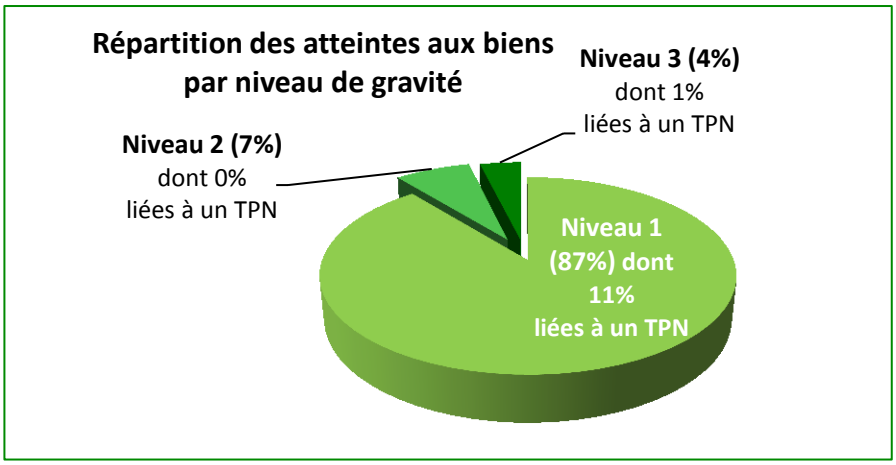
I.5 Les atteintes aux biens

5 084 signalements d'atteintes aux biens ont été déclarés à l'ONVS. L'augmentation de signalements d'atteintes aux biens est moins sensible que celle des atteintes aux personnes. Le niveau 1 (dégradations légères, vols sans effraction) domine largement comme tous les ans sur les niveaux 2 (vols avec effraction) et 3 (dégradation de matériel de valeur, incendie, vols à main armée ou en réunion).

4 532 signalements de niveau 1. 358 signalements de niveau 2. 194 signalements de niveau 3.

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

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



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

Tableau 9. Typologie des signalements d'atteintes aux biens

Niveau de gravité	Type d'atteintes aux biens	Sur la base de 5 084 signalements		
		Total d'actes*	Répartition des atteintes	Atteintes liées à un TPN**
1	Vol sans effraction	2 188	39%	1%
	Dégradation légère	1 768	31%	7%
	Dégradations de locaux	956	17%	4%
	Dégradation de véhicule	183	3%	0,1%
	Tags, graffitis	49	1%	0,0%
S/TOTAL NIVEAU 1		**5 144**	**92%**	**12,0%**
2	Vol avec effraction	271	5%	0,0%
S/TOTAL NIVEAU 2		**271**	**5%**	**0,0%**
3	Dégradations de matériel de valeur	136	2%	1%
	Incendie volontaire	60	1%	0,3%
	Vol à main armée	4	0,1%	0,0%
S/TOTAL NIVEAU 3		**200**	**4%**	**1%**
TOTAL		**5 615**	**100%**	**13%**

**Total supérieur car plusieurs réponses possibles*

*** Répartition des atteintes aux personnes selon la cause principale du fait déclaré*

Pour le niveau 1 : Les vols sans effraction sont les signalements les plus déclarés. Les dégradations de locaux ont été déclarées en plus grand nombre qu'en 2017. L'augmentation du nombre de faits signalés concernant les dégradations légères est conséquente. La majorité des vols commis sans effraction affecte le personnel et se produit souvent par défaut de vigilance collective dans les bureaux, les vestiaires ou les véhicules.

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

Pour le niveau 2 : Pas de changement en pourcentage et augmentation insignifiante en nombre de faits signalés.

Pour le niveau 3 : Le nombre d'incendies volontaires déclarés est en baisse.

Tableau 10. Répartition des signalements d'atteintes aux biens

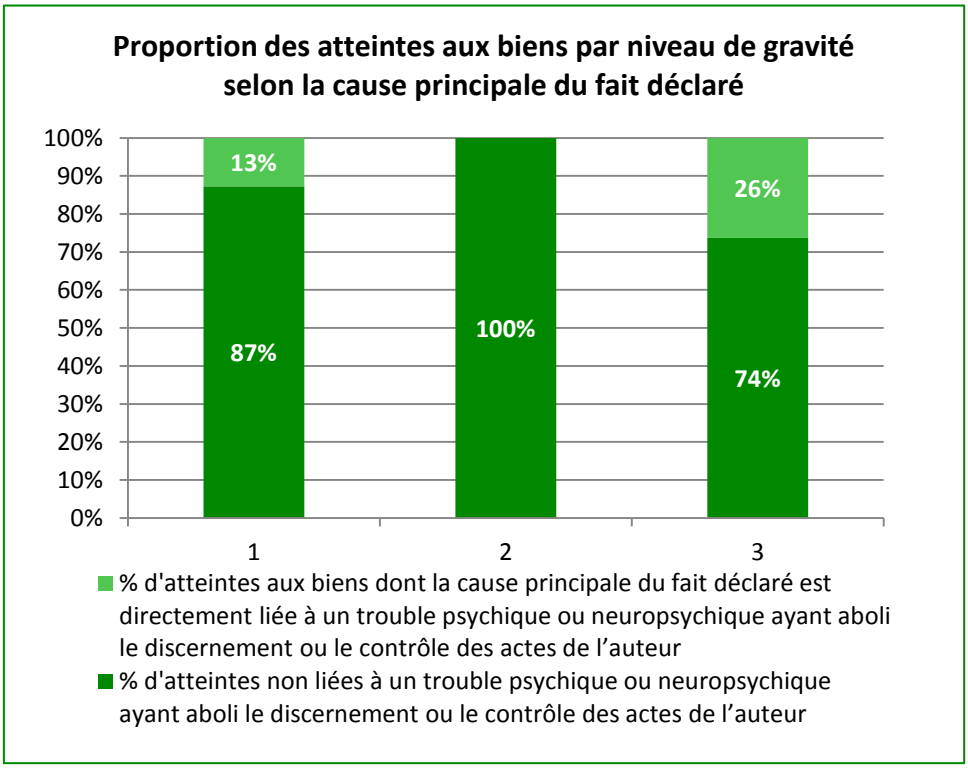
Source : ministère chargé de la santé DGOS – ONVS plateforme signalement

**Total supérieur car plusieurs réponses possibles*

Niveau de gravité	Type d'atteintes aux biens	Sur la base de 5 084 signalements	
		Total d'actes*	Répartition des atteintes
1	Vol sans effraction	2 188	39%
1	Dégradation légère	1 768	31%
1	Dégradations de locaux	956	17%
1	Dégradation de véhicule	183	3%
2	Vol avec effraction	271	5%
3	Dégradations de matériel de valeur	136	2%
3	Incendie volontaire	60	1%
1	Tags, graffitis	49	1%
3	Vol à main armée	4	0%
TOTAL		**5 615**	**100%**

Graphique 11. Proportions d'atteintes aux biens en fonction du TPN

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



Quelques observations générales à partir des chiffres évoqués.

Le vol avec ou sans effraction est signalé dans tous les espaces de l'hôpital[21] : à l'intérieur de l'enceinte (service administratif, bureau du personnel, lieu de soins, bloc opératoire, sous-sol, locaux techniques, magasins, vestiaire, self, cuisine, boutique, etc.) et à l'extérieur de l'enceinte : parking, jardin thérapeutique, etc.

Tout peut-être objet de vol :

Argent, bâtons d'étirement (pour espace kiné), bijoux, cafetière, fruits et légumes (dans jardin thérapeutique), matériel informatique, matériel médical, matériel mis en place dans le cadre des soins palliatifs (diffuseurs pour huiles essentielles), matériel de toilette, matériel vidéo, moto, médicaments, nourriture, objet de décoration, objet de jardinage, objet électronique, ordonnancier, papiers d'identité, plantes vertes, portefeuille, sac-à-main, stupéfiants, tampon administratif ou de chef de service médical, tapis de sol (pour espace kiné) sèche-cheveux, sèche-linge, tondeuse à gazon, vêtement de travail, vêtement de ville, voiture de particulier, voiture de service, voiture ambulance, vélo, vaisselle, etc.

L'utilisation de la vidéo surveillance comme élément de constatation et de preuve s'avère un moyen indispensable, encore faut-il que les caméras soient en bon état de marche et régulièrement vérifiées, en service, bien positionnées et capables de fournir des images de qualité pour permettre ensuite une exploitation par les services enquêteurs.

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

- « *Les soignants de nuit de l'EHPAD aperçoivent un groupe de [personnes de telle communauté] en train de récupérer du matériel entreposé sur le parking de l'EHPAD.* »

- « ***Vol d'un véhicule et conduite agressive dans l'enceinte de l'hôpital par un patient.*** *Il a forcé la barrière en la dégradant et a brisé le pare-brise du véhicule. La garde armée apercevant le véhicule arrivant à vive allure l'a fait stopper en faisant les sommations d'usage. Le conducteur est alors sorti du véhicule et la garde armée l'a stoppé. Cet homme a été interpellé par les forces de l'ordre qui avaient été appelées. L'hôpital et le propriétaire du véhicule ont déposé plainte, la procédure est en cours. La vidéo protection a permis de filmer une grande partie de l'événement, en particulier l'action de la garde armée.* »

- « ***En arrivant au parking*** *[de tel hôpital],* ***j'ai constaté la dégradation et le vol*** *de mon véhicule (lumière LED et phare de brouillards), les pièces du côté droit ont été arrachées sous mon véhicule à mon arrivée, le côté gauche, les pièces complètement enlevées. J'ai des photos sur mon portable. Le vigile présent ne s'est aperçu de rien. J'ai commandé les pièces de rechange. Je voudrais signaler également que ce n'est pas la première fois que ce genre de problème arrive au niveau de ce parking. (AS victime).* »

➢ **À l'intérieur,** ce sont des vols de matériels professionnels ou non avec ou sans effraction qui laissent un sentiment de malaise aux personnels surtout quand ils se répètent dans le temps à des intervalles assez rapprochés. Lorsque le vol semble être le fait de personnels de l'établissement, ce malaise à des fins personnelles, voire ce traumatisme est encore plus fort.

[21] Ce manque de vigilance, voire cette négligence, facilite toute sorte de vols dont des trafics internationaux de matériel médical particulièrement onéreux (endoscope, échographe, etc.). Une prévention humaine élémentaire, assortie parfois de moyens techniques simples, permettrait de réduire ces trafics et les vols sans effraction.

Pour le fait de ne pas utiliser les coffres et armoires fermant à clé mis à la disposition des patients.

- « ***Somme de 2 500 € se trouvait dans une chaussette de contention dans le placard de la chambre***. *Cette somme n'a pas été signalée par le patient lors de son hospitalisation. Déclare que personne dans son entourage n'en avait connaissance. N'a pas déposé cette somme d'argent en régie* […]. *Aucune effraction*. » (Unité de soins)

Pour des vols de médicaments et de produits stupéfiants.

- « *Disparition des feuilles de relevé de stupéfiants et disparition d'une seringue de morphine sétron et de trente ampoules de FENTANYL.* » (Pharmacie du CH)

- « *Vol de médicaments luttant contre différentes formes de cancers, pas d'effraction, faits récurrents.* »

- « *Vol sans effraction de médicaments dans la pharmacie centrale. Le vol a eu lieu entre le stockage et lorsque les produits commandés ont voulu être utilisés. Plainte déposée.* » (Pharmacie du CH)

- « *Prenant en charge l'affaire ce matin, nous constatons un point d'entrée en alarme sur la porte du hall ambulatoire [à tel niveau] à 04h13.25s. Grace à la vidéo protection, nous voyons clairement un couple s'introduire dans le bâtiment à ce moment précis. On retrouve ensuite ce même couple [à ce même niveau] essayer d'ouvrir plusieurs portes, dont certaines à coups de pied, avant de réussir à pénétrer dans le service UCA par une porte sécurisée ou l'on a également un point d'entrée en alarme à 04h17.54s. 2 armoires de pharmacies Zargal ont été forcées (réparées ensuite) où des comprimés d'Alaprazolam ont été volés. De l'insuline stockée dans le frigo de la salle de soin a été volée, quantité non déterminée. Du café, des jus de fruits, des gâteaux, des compotes, du fromage, du beurre ont été volés.* » (Autres)

Pour des vols divers (matériel de tout type).

- « *Vol de 17 imprimantes neuves, stockées dans un magasin, vol commis sans effraction. Dépôt de plainte.* »

- « *Un robot de cuisine a été dérobé dans le service de restauration. Le responsable de la sécurité est intervenu sur cet évènement. Un dépôt de plainte va être effectué au nom de l'établissement auprès du commissariat de [telle ville]. Les caméras du système de vidéosurveillance vont être visionnées afin de pouvoir détecter un élément anormal. Investigations en cours.* »

- « *Vol d'un vidéolaryngoscope au sein du bloc opératoire à une heure impossible à déterminer. Cet équipement ne peut être utilisé que par anesthésistes et IADEs.* » (Bloc opératoire)

- « *Vol de 5 endoscopes au bloc opératoire sur le week-end* ».

- « *Vol d'un ordinateur portable dans un bureau médical non fermé à clé.* »

- « *Vol d'1 défibrillateur sur le chariot d'urgence dans le service de médecine*. » (Gériatrie court séjour)

- « *Nous nous sommes rendues compte que le local situé à côté du bureau X [à tel étage] du bâtiment administratif était pillé régulièrement depuis le mois de juillet.* ***Vols de jouets et objets destinés aux enfants hospitalisés.*** *Nous avons alerté la sécurité depuis fin juillet.* […] *un cylindre "hors passe" a été installé. Ce jour, nous avons constaté le* ***vol d'argent liquide - récolté dans le cadre de l'opération "pièces jaunes"*** *qui étaient destinées aux enfants malades et qui se trouvaient stockées*

dans un carton fermé et "scotché". Nous avions pris la peine de ranger ce carton dans une armoire du local qui fermait à clés. Il est probable que le vol de ces pièces a eu lieu avant la fermeture de l'armoire. »

- « *Vol de nuit de denrées alimentaires en cuisine centrale. Une étude du système de contrôle d'accès est en cours pour tenter de comprendre ce qui s'est produit.* »

Pour un vol par effraction.

- « *Vol par effraction dans la boutique relai H. Les agresseurs ont fracturé le local contigu à la boutique, ont éventré la cloison pour pénétrer à l'intérieur du local.* »

Pour un voleur interpellé par les agents de sécurité.

- « *interpellation par 2 agents de sécurité d'un homme d'une cinquantaine au comportement bizarre. Ils le soupçonnent d'être un voleur. Il porte une sacoche noire et déclare qu'elle lui appartient. Après investigations il s'avère qu'elle a été dérobée à une patiente âgée. La sacoche contenait CNI, cartes bancaires, carte vitale etc. Confondu, le voleur essaie de s'enfuir mais il est maitrisé par les 2 agents de sécurité qui le conduisent dans le bureau du responsable sécurité. La police est appelée. L'individu est emmené par les policiers et il est placé en garde à vue. Un des agents de sécurité a été entendu comme témoin par la Police. La victime accompagnée de sa fille a déposé plainte pour vol sur personne vulnérable.* » (Unité de soins)

Pour une patiente surprise en flagrant délit par une autre patiente.

- « *Une patiente s'est introduite dans la chambre d'une autre patiente en son absence et a dégradé des objets personnels (destruction d'un bouquet, vol d'un jeu à gratter, destruction d'un parfum neuf). Surprise par la patiente et sa famille qui souhaitent le remboursement du parfum (75 €).* » (Unité de soins, psychiatrie)

Pour des trafics d'ordonnances aux fins de se voir délivrer des produits stupéfiants.

- « *Je suis appelé ce matin par la CPAM de [tel département] qui me signale que de fausses ordonnances à l'entête de [tel hôpital] circuleraient pour des patients [de tel pays]. Le nom du médecin qui apparait sur les ordonnances est une interne venue en 2016. La CPAM souhaite porter plainte. Je lui dis que des épisodes similaires ont été dénoncés il y a peu de temps par des pharmacies diverses en France et qu'un autre médecin concerné et l'hôpital ont déjà porté plainte. Chef de la sécurité prévenu ainsi que la responsable des urgences.* » (Urgences)

- « *Trois pharmacies de ville signalent la présentation de trois ordonnances frauduleuses, avec en-tête de l'hôpital, accompagné ou non d'une trace de tampon, aux fins de délivrance de produits classés stupéfiants. Ordonnances et tampons ont déjà fait l'objet de signalements et de plaintes pour vols, usages frauduleux. Nouvelles plaintes en cours.* » (Médecine)

Pour des vols en divers circonstances.

- « *Le service de consultation chirurgie pédiatrique nous informe que le médecin du service a été victime du vol de son téléphone portable au cours de sa consultation. Celui-ci était en charge. Le téléphone contenait des données professionnelles.* » (Accueil Mère-Enfant)

- « *Vol de légumes appartenant au potager thérapeutique. Une parcelle de 15 m² de pommes de terre ont été récoltées. Une parcelle de 6m² de courgettes récoltées également. Le ou les individus ont pénétré dans ce jardin en passant par-dessus le grillage.* » (Psychiatrie)

- « *Vol de quatre fauteuils dans la salle d'attente d'un service. Visionnage vidéo négatif. Plainte déposée au commissariat.* » (Accueil, standard, CH)

➢ **En ce qui concerne les dégradations, les intrusions et occupations de locaux,** elles peuvent survenir lors d'agressions (bagarre, crise), être les conséquences du vandalisme ou d'un vol avec effraction, du non-respect du matériel d'autrui, l'expression d'un mécontentement d'un patient. Il y a parfois aussi des incendies de matériels ou de locaux. Des personnes mécontentes à la suite d'un refus de service expriment leur colère en dégradant du matériel (vitre, portes, etc.).

- « *Les membres de la famille de M. X, lors de l'hospitalisation de ce dernier, ont délibérément décollé le film brise vue de la chambre et l'ont roulé sur lui-même. La raison est que cela les empêchait de voir dehors. Nous devons mettre en état cette chambre, cela engendre un coût non négligeable.* » (Oncologie)

La souffrance éprouvée à la suite de la mort d'un proche est parfois à l'origine de dégradations.

- « ***Décès d'un patient, famille avertie, arrivée des 3 enfants dans la chambre du patient décédé.*** *Réaction violente, cris, détériorations du matériel. Ils cassent les vitres de la chambre et profèrent des insultes et des menaces à l'encontre de l'équipe. Plainte de l'établissement.* » (Unité de soins, pneumologie).

À noter encore la présence de squatters qui vont occuper des bâtiments non affectés et les dégrader d'avantage, de SDF qui vont profiter d'une chambre inoccupée pour s'y laver, voire dormir, ne pas se plier aux règles de silence et s'enivrer.

- « *Appel de la rhumatologie pour trois SDF qui dorment dans le service. Vu sur place personnes accompagnées à la sortie.* »

- « ***Patient drogué, très agité et délirant*** *qui devient violent, tente de s'enfuir mais se réfugie dans le local technique et se barricade avec le matériel : fait tomber la machine à glaçons et la casse ainsi que le reste du matériel (chariot de ménage). Intervention des brancardiers, force de l'ordre, médecins, internes, infirmiers, aides-soignantes et ambulancier.* » (Urgences)

- « *Une* ***personne se présente à l'accueil de l'hôpital pour un renseignement pour appeler une ambulance dans le cadre d'une hospitalisation*** *le lendemain. Après une longue discussion, le patient a insulté l'agent d'accueil et s'est énervé. Il a ensuite craché et cogné violemment sur la vitre de séparation, qui s'est brisée. Il a ensuite quitté les lieux. Plainte de l'établissement.* » (Accueil, standard)

On notera cette tentative de vol de matériel dans un bloc opératoire avortée grâce à la vigilance de l'agent de sécurité.

- « ***L'agent du sécurité du filtrage de l'entrée des urgences adultes a intercepté un individu sortant avec une valise de l'établissement identifié "prélèvement d'organes"****. Cette valise contenait du matériel de bloc opératoire. L'individu s'est enfuit dans un véhicule qui l'attendait à l'extérieur du site.* »

En ce qui concerne un incendie de matériel.

- « ***Un patient contentionné,*** *car risque de fugue et de déambulation dans le service,* ***met le feu à son drap.*** *Le début d'incendie est immédiatement maîtrisé par l'équipe soignante qui a aperçu une lueur jaune dans le box. Il s'avère que le patient a un briquet dans la main, qu'il a probablement récupéré auprès d'un tiers alors qu'il était sorti pour fumer une cigarette, avant la mise en place des contentions. L'équipe de sécurité a été appelée.* » (Urgences)

- « *Prise en charge des patients dégradée avec surveillance permanente d'un* ***patient agressif*** *envers le personnel et les patients présents. Appel de la police plusieurs fois après qu'il se soit montré agressif,* ***qu'il ait mis le feu à une poubelle,*** *qu'il ait demandé à une patiente attachée en brancard de lui faire une fellation. La police est venue le chercher mais léa relâché.* »

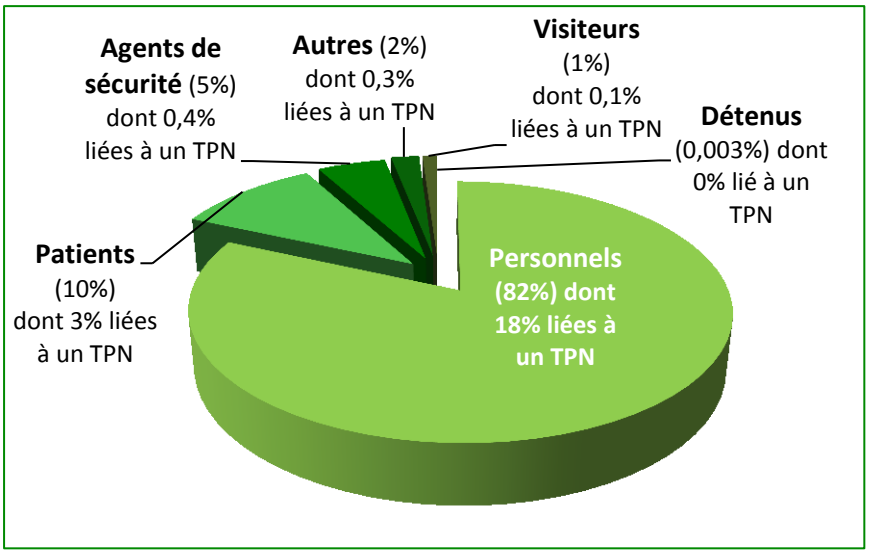
II. ANALYSE DES VIOLENCES ENVERS LES PERSONNES

II.1 Les atteintes aux personnes

39 389 victimes d'atteintes aux personnes et aux biens ont été recensées par l'ONVS, soit 33 431 victimes d'atteintes aux personnes et 5 958 victimes d'atteintes aux biens.

3 850 des 39 389 victimes le sont à raison des deux types d'atteintes.
Une victime peut-être comptabilisée 2 fois (1 fois pour atteinte aux personnes, 1 fois pour atteinte aux biens).

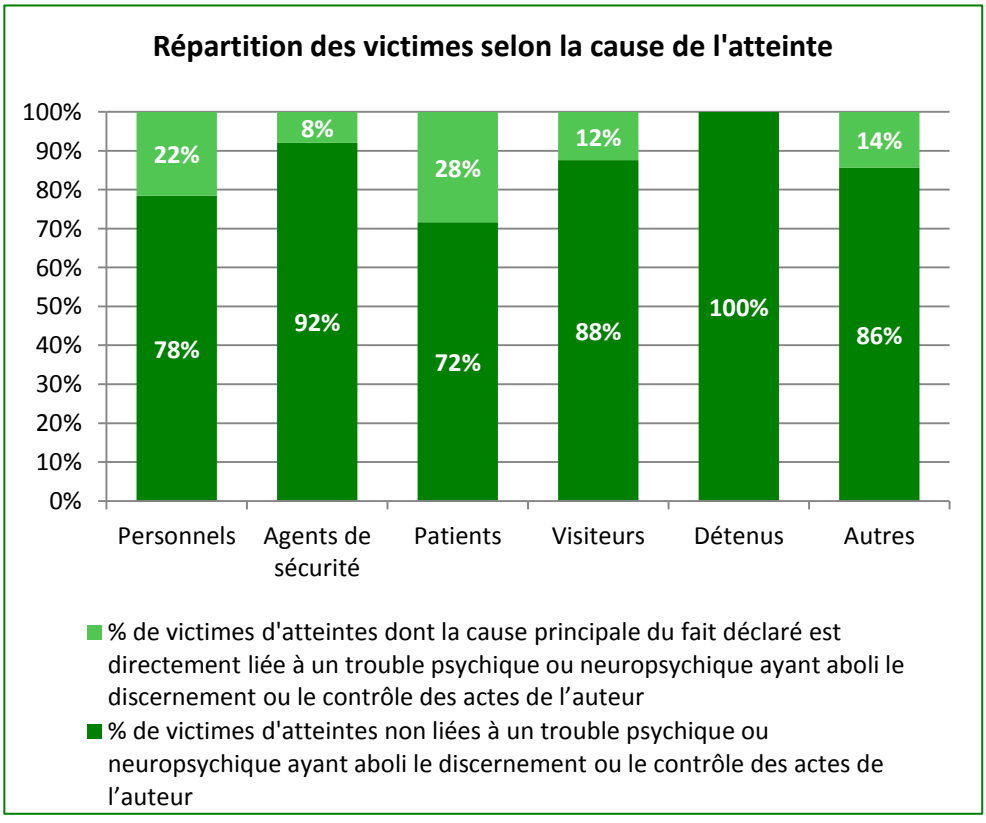
Graphique 15. Répartition des victimes d'atteintes aux personnes



Personnels	27 289
Patients	3 462
Agents de sécurité	1 650
Autres	665
Visiteurs	354
Détenus	1
TOTAL	33 431

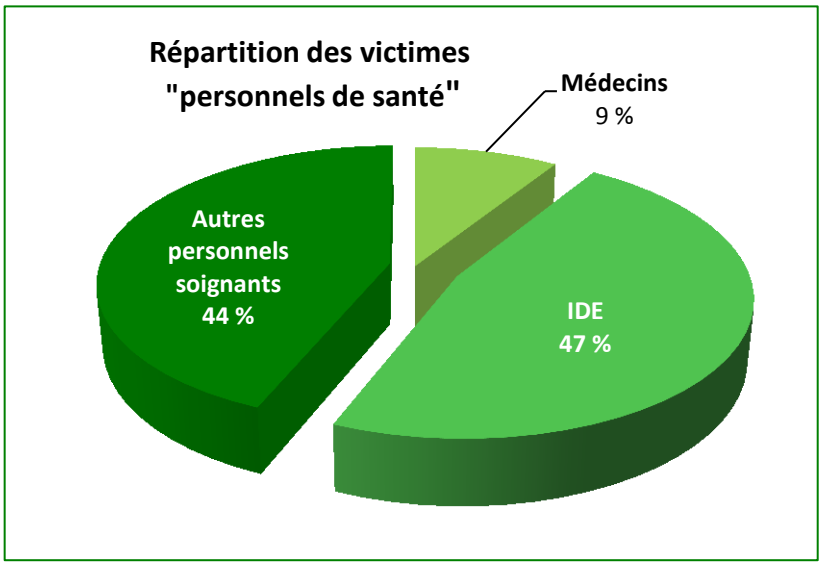
Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement

Graphique 16. Répartition des victimes par catégorie en différenciant les atteintes en raison d'un TPN



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

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

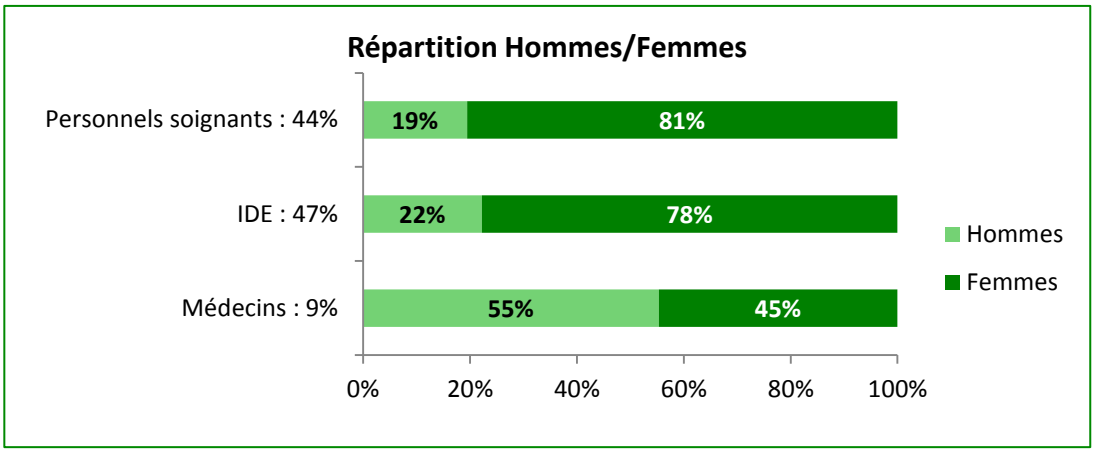


Médecins	2 341
Infirmiers	12 120
Autres personnels soignants	11 238
TOTAL	25 699

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

Le « personnel administratif » représente 6 % (soit 1 590 victimes : 127 hommes - 1 463 femmes) de la catégorie « personnel ». Il est constitué majoritairement de personnels affectés à l'accueil.

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



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

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

	Hommes		Femmes		Total
Médecins	1 295	55%	1 046	45%	2 341
Infirmières	2 266	22%	9 426	78%	12 120
Autres personnels soignants	2 040	19%	9 054	81%	11 238
TOTAL	**6 173**		**19 526**		**25 699**

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

Les médecins en pourcentage connaissent une baisse de 1% des violences commises à leur égard, mais le nombre des signalements est très légèrement supérieur (+ 32 cas).

En revanche les professions d'infirmiers et aides-soignants connaissent une hausse des signalements de violence. Les aides-soignantes représentent l'immense majorité des déclarants de violences de la catégorie « autres personnels soignants ».

Les personnels administratifs connaissent une augmentation du nombre de signalements surtout pour les femmes.

La répartition en fonction du sexe montre le pourcentage très élevé de femmes victimes dans les deux catégories « infirmières » et « autres personnels soignants ». Le taux de féminisation, toutes spécialités et modes d'exercice confondus est de près de 45% pour les médecins, de près de 87 % pour les infirmières et de 89 % pour les aides-soignantes.[22]

Toutes victimes confondues, les atteintes aux personnes ont généré :
2 897 jours d'arrêt de travail sur 2 663 signalements mentionnant les arrêts de travail,
500 jours d'incapacité totale de travail (ITT) sur 2 175 signalements mentionnant l'ITT.

> ✓ **Remarque 7** **CONFUSION ENTRE « L'ITT » (INCAPACITÉ TOTALE DE TRAVAIL) et « L'AT » (ARRÊT DE TRAVAIL).** Au sens pénal, « *L'ITT se définit comme la durée en jours pendant laquelle une personne n'est plus en mesure d'effectuer normalement les gestes courants de la vie quotidienne (manger, s'habiller, se laver, se coiffer, conduire une voiture, faire ses courses). Dans l'ITT, l'incapacité n'est pas totale : elle n'implique pas nécessairement l'incapacité à accomplir certaines tâches ménagères mais* ***prend en compte une gêne significative.***
>
> ***Elle ne concerne pas l'activité professionnelle de la victime mais ses activités usuelles : elle peut donc être différente de l'arrêt de travail. (…)*** *L'ITT peut ainsi être fixée même si la victime n'a pas d'activité professionnelle (enfant, retraité, chômeur…).*
>
> ***(…) L'évaluation de l'ITT s'applique à toutes les fonctions de la victime, c'est-à-dire aux troubles physiques mais aussi psychiques. La prise en compte des effets psychologiques est difficile à « chaud » et peut nécessiter une réévaluation à distance*** *(un syndrome de stress post-traumatique peut survenir 15 jours à 6 mois après les faits sans corrélation avec l'importance des lésions physiques initiales). (…) L'ITT est fixée à dater des faits.* »[23]

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

[23] Source : http://www.urgences-serveur.fr/certificat-medical-descriptif-d,1124.html
L'ITT est une notion pénale qui permet de qualifier la gravité de l'infraction. Pour plus de précisions sur l'ITT, v. Guide pratique ONVS « *La prévention des atteintes aux personnes et aux biens* », p. 60.
http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_onvs_-_prevention_atteintes_aux_personnes_et_aux_biens_2017-04-27.pdf

II.2 Typologie des auteurs

21 944 auteurs de violences aux personnes ont été signalés dans la plateforme ONVS.

Dans 90% des cas, les auteurs des violences sont des patients (15 496) ou des visiteurs et accompagnateurs (4 105). Les patients auteurs sont 20% à avoir commis une atteinte en raison d'une pathologie. Ce taux est à 0,2% pour les visiteurs ou accompagnateurs.

> ✓ **Remarque 8** **De l'analyse des signalements, on peut répartir les auteurs de violences en 4 catégories :**
> - la violence de personnes aux comportements délinquants, personnes marginales ou dans un état second (sous emprise manifeste d'alcool ou de stupéfiants), qui agissent le plus souvent dans ce rapport de violence et de force,
> - la violence de « M. et Mme Tout-Le-Monde », celle qui semble le plus marquer les esprits en raison d'un contexte sociétal très individualiste et dont pâtissent tous les secteurs d'activité de la société rendant un service à la population, comme cela est indiqué en introduction de ce rapport (voir page 6, le contexte sociétal),
> - la violence de personnes souffrant d'un trouble psychique ou neuro-psychique (TPN) altérant plus ou moins le discernement,
> - la violence par ou entre des professionnels.
>
> Cette classification présente l'avantage de mieux cerner les causes et motifs afin de mieux adapter la prévention et la lutte contre les violences même si, quel que soit l'auteur, ces diverses violences produisent les mêmes conséquences, comme indiqué notamment en pages 5 et 6.

Tableau 13. Typologie des auteurs

	Hommes		Femmes		Total	
Personnels	335	49,6%	340	50,4%	**675**	**3%**
Patients	10 952	70,7%	4 544	29,3%	**15 496**	**71%**
Visiteurs accompagnants	2 696	65,7%	1 409	34,3%	**4 105**	**19%**
Autres	1 214	79,6%	311	20,4%	**1 525**	**6%**
Détenus	112	95,7%	5	4,3%	**117**	**0,5%**
Agents de sécurité	25	96,2%	1	3,8%	**26**	**0,1%**
TOTAL	**15 334**		**6 610**		**21 944**	**100%**

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

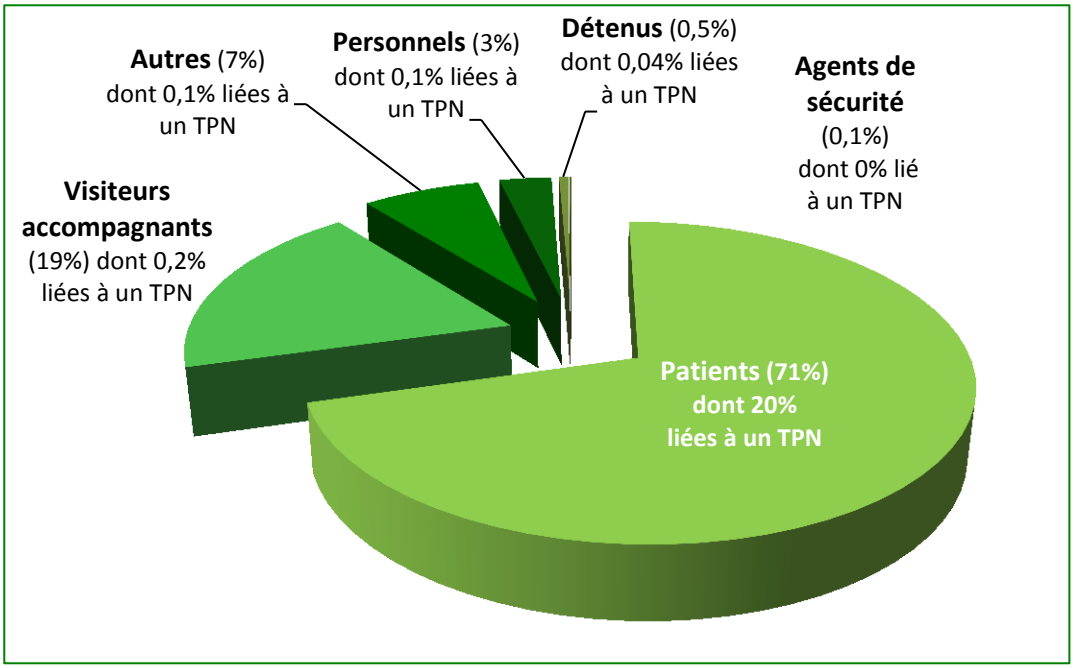
En pourcentage, le nombre de patients auteurs (hommes, femmes) est stable, en revanche il a fortement augmenté en nombre de signalements surtout pour les hommes. Les hommes sont très fortement majoritaires, excepté pour les « Personnels ».

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

- médecins…… 170 hommes 57 femmes
- IDE…… 34 hommes 99 femmes
- autres personnels soignants... 92 hommes 135 femmes
- personnels administratifs……. 39 hommes 49 femmes
- agents de sécurité…….. 25 hommes 1 femme

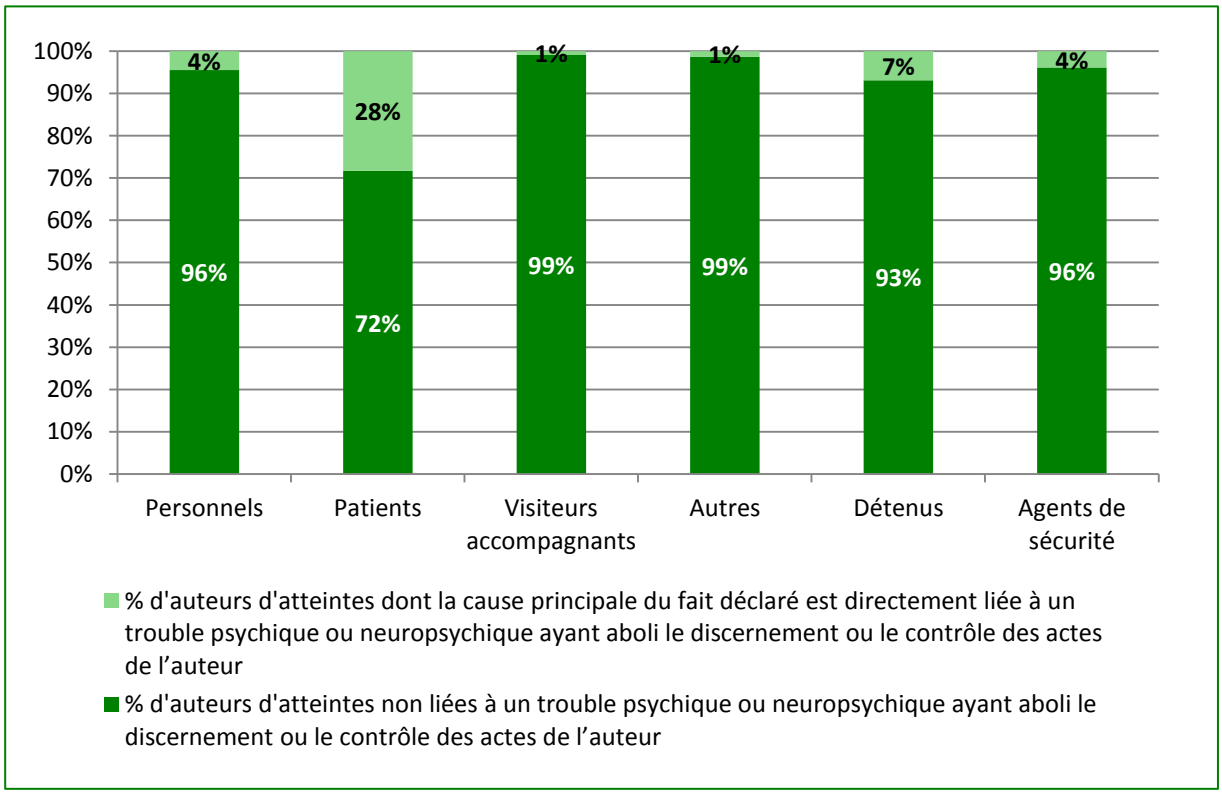
On constate par rapport à 2017 que les femmes sont majoritaires comme auteurs de violences tandis qu'on a de fortes variations dans la proportion hommes/femmes par catégorie.

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



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

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



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

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

- « *Différend entre collègues de travail au bloc, qui prend des proportions et déviances sur des insultes et agression verbale. Problème traité par l'encadrement.* » (Bloc opératoire)

- « *Interne de chirurgie a crié, insulté et menacé sans réellement provoquer une IDE du service car celui-ci imposait une entrée d'un patient pour le lendemain matin. L'IDE lui stipule qu'elle doit informer la cadre de garde pour avoir son accord. Ce fonctionnement lui a déplu.* » (Unité de soins)

- « *Comportement humiliant d'un interne envers une IDE dans la chambre du patient.* » (Médecine)

- « […] *Je subis la non application du protocole comme un manque de respect, du harcèlement psychologique...* » (Radiologie)

- « *C'est avec agressivité, mépris et en se positionnant à titre personnel mais aussi au nom de l'ensemble de l'équipe de Psy X que M. a proféré à mon égard des propos calomnieux, insultants et diffamatoires. Cette atteinte personnelle mais aussi professionnelle en remettant en cause mes pratiques, son attitude, ses propos humiliants et dégradants qu'il réitère régulièrement depuis plusieurs années ne sont plus supportables et ne sont pas sans avoir un impact sur mon état de santé.* » (Psychiatrie)

- « *Consultations concomitantes lundi après-midi (pneumologie et dermatologie) avec une seule IDE de consultation. Dr X exige d'avoir une IDE en permanence avec lui.* […] *Dr X entre dans mon bureau hurlant et m'insulte : "Je vous permets pas....", "Je sais qui vous êtes", "Je dirai tout ce que je sais sur vous...". J'essaie de le calmer et de lui rappeler qu'il parle avec une collègue médecin. Sa réponse : " Vous n'êtes pas ma collègue". Il rajoute après : "On n'est pas [dans tel pays] ici". Toute la discussion se porte en hurlant avec des grimaces de mépris envers moi. À la fin il dit que c'est de ma faute que le patient a besoin des EFR (bref, que ça le gène que je fasse mon travail). Il sort du bureau en frappant la porte plusieurs fois.* » (Médecine).

Cette ambiance va générer une dégradation des conditions de travail que résument assez bien ces trois signalements.

- « *Depuis plusieurs mois, reproches sur notre incompétence (personnels du bloc opératoire), fainéantise, "tous des bons à rien", classement des personnels par division. Reproches faits devant les patients. Dégradations très importantes de nos conditions de travail. Poids psychologique très important, certains personnels pleurent au travail.* » (Bloc opératoire)

- « *IDE qui ne sait pas si elle va continuer à travailler avec ce sentiment de harcèlement et la tension ressentie. Mauvaise ambiance dans le service qui se répercute sur la prise en charge des patients.* »

- « *Situation d'agression entre deux personnels soignants ayant dégénéré sur l'organisation de l'équipe et donnant lieux à 205 jours d'arrêt cumulés. Un diagnostic d'équipe et un plan d'action*

spécifique pour repositionner les agents et leur faire reprendre leur fonction d'AS de façon organisée auprès des patients. » (Médecine)

✓ **Remarque 9** **En ce qui concerne les violences dont sont victimes les étudiants,** l'ONVS ne dispose que de rares signalements. Ils ne sont généralement pas rapportés directement par eux mais par une personne interposée. L'ONVS suggère à cet effet que les médecins du travail et infirmiers de santé au travail les rapportent (les signalements sont anonymes).

- « *Je viens d'être sollicitée par l'interne de cardiologie pour me faire part de son mal-être par rapport à une situation récente ;* [longue explication de la problématique ayant engendré les violences verbales et menaces qui suivent faites par le cardiologue senior] *''tu es incompétent, tu n'as pas les bases de cardiologie, tu transfères la patiente dans un secteur de m…, etc., etc., etc., t'as intérêt à pas me déranger cette nuit...'' sur un ton menaçant.* […] *Les dommages : l'interne est actuellement très déstabilisé, m'a parlé avec les larmes aux yeux, situation lourde à porter car il a tout très bien fait, a eu l'accord de son senior et s'est fait insulter par le second senior qui ne l'a pas respecté et l'a ''agressé'' verbalement ; les conséquences d'un tel comportement sur un médecin jeune étudiant en formation peuvent être graves. - La réputation du stage de cardiologie à [telle ville], déjà médiocre, ne va pas s'améliorer. Mme Y a changé de chambre 2 fois en à peine 2 heures. Le personnel paramédical a fait les transferts, les ménages dans les chambres...* » (Médecine)

- « *En quelques mois, 4e agression verbale très violente de la part de la même urgentiste envers les radiologues et cela devant les patients. Interne bouleversée, plus en état de travailler.* » (Radiologie)

Pour des menaces physiques.

- « *Alors qu'un personnel infirmier se trouvait dans le bureau des infirmières, une de ses collègues est venue pour passer un appel téléphonique, l'a agressée verbalement et menacée physiquement en lui disant à 3 reprises : "ferme ta g… parce que je vais te taper". Elle criait très fort en montrant du doigt sa collègue.* » (Médecine)

- « *2 soignants partagent l'accueil du SAU. L'un demande à sa collègue qui écoute de la musique de couper le son de son smartphone, le volume étant élevé. Celle-ci s'offusque et l'insulte. Elle contacte son fils qui se rend sur place pour venir régler ce différend. Intervention de l'encadrement, de la sécurité et établissement d'un rapport.* » (Urgences)

- « *Harcèlement téléphonique de la cadre par un agent ayant quitté le service : 27 appels en 10 jours. Rapport fait à la DRH et direction des soins.* » (USLD/EHPAD)

En ce qui concerne des violences physiques.

- « *Un médecin sort par la force la cadre de santé du service venue s'entretenir sur l'environnement de travail. Enquête interne en cours.* » (Médecine)

- « *Aide-soignante [de tel bâtiment] s'est énervée contre une autre aide-soignante du service lors des transmissions et l'a poussée violemment.* » (SSR)

En ce qui concerne des propos à caractère sexuels et agressions sexuelles, l'ONVS relève très peu de signalements.

- « *Présomption harcèlement, violences et discriminations sexuels (HVDS) sur le lieu de travail. Sanction disciplinaire à l'encontre du présumé coupable, dépôt de plainte de la victime classée sans suite par le procureur (pas d'élément suffisant).* » (Chirurgie)

Il arrive que l'altercation entraîne mises à pied, mains courantes et dépôts de plainte.

- « *Menaces de mort d'un personnel envers un cadre du brancardage* ». Plainte déposée, instruction ouverte. » (Autres)

- « *Altercation entre deux personnels du service de restauration de l'hôpital. Enquête interne en cours : une mise à pied avec effet immédiat pour une durée de 4 mois a été signifiée au mis en cause.* » (Magasins)

Pour un harcèlement qui, selon les victimes, dure depuis plusieurs mois.

- « […] ***Véhicule vandalisé*** […] ***colle liquide dans les poignées de porte. Excréments sur ma voiture à plusieurs reprises, pneus crevés, affiche diffamatoire, tags sur les murs de l'hôpital, harcèlement sur le téléphone de garde,...*** *Tous ces incidents se produisent toujours la nuit et sont toujours anonymes. Nouvelle plainte déposée. Contact du personnel de la sécurité pour visionner des caméras de vidéosurveillance. Contact de l'administration pour dénoncer des comportements de harcèlement et diffamation sur le lieu de travail. Plaintes.* » (Extérieur établissement)

II.3 Les motifs de violence

Cette information sur les motifs des violences et incivilités a été renseignée dans 45,5% des cas.

Motifs	Nb	%
Reproche relatif à une prise en charge	5 497	59,1%
Temps d'attente jugé excessif	1 234	13,3%
Alcoolisation	1 078	11,6%
Règlement de compte	607	6,5%
Drogue	310	3,3%
Refus de prescription	291	3,1%
Diagnostic non accepté	180	1,9%
Suicide	111	1,2%
	9 308	**100%**

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

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

Tous ces motifs nécessitent une analyse des causes profondes des violences par les établissements afin de déterminer les mesures à mettre en place qui sont du domaine de la prise en charge et du parcours du patient ainsi que du domaine de la sécurité.[24]

Il faut retenir un 9e motif désigné sous le terme « Autres », qui comporte des situations très diverses. 54,5 % des motifs de violence concernent cette catégorie. Parfois la raison n'est pas précisée du tout ou de façon très succincte, ne permettant pas d'identifier valablement un quelconque motif. À la fin de cette partie, certains motifs sont évoqués.

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

> ✓ **Remarque 10** Lorsque les patients, les parents et les accompagnants voient qu'ils ne vont pas obtenir satisfaction et que le conflit s'installe, il arrive qu'ils menacent de déposer plainte afin de faire pression sur les personnels pour parvenir à leur fin. Cet élément ressort de plusieurs signalements.

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

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

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

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

- « ***Patient alcoolisé en attente assise qui s'est énervé brutalement.*** *Il est sorti de la petite salle d'attente en claquant la porte, a agrippé le brancard à proximité pour le pousser violemment sur moi et mon collègue (tous les 2 IAO de l'après-midi). Voyant que la mobilisation du brancard n'était pas assez rapide, il l'a écarté et s'est précipité sur moi, me lançant un coup au niveau du visage que je n'ai pu éviter. Il m'a ensuite agrippé violemment. Mon collègue s'est alors précipité pour essayer de me dégager, ainsi que le médecin d'accueil. À nos cris, plusieurs personnes (environ 10 agents ont été nécessaires pour le maitriser) sont alors arrivées en renfort pour plaquer le patient au sol en attendant la police.* » (Urgences)

- « ***Plusieurs intrusions d'un homme alcoolisé extérieur à l'hôpital qui s'installe dans les chambres vides*** *pour la nuit. Urine, fume dans les chambres. Expulsion de celui-ci à chaque fois par le service sécurité incendie.* » (Médecine)

- « *Une IDE signale au PC sécurité qu'**une mère désire reprendre son enfant placé par les urgences** cette nuit. Cette dame est très énervée, alcoolisée et menace le personnel soignant. Les urgences déclarent la mère en fugue, les agents de sécurité la ramènent dans le service des urgences. Le procureur doit être appelé dans la journée.* » (Service de chirurgie infantile)

- « ***Patient alcoolisé avec prise de substance.*** *Dans son box, le patient retourne son brancard à l'envers au sol, arrache du mur l'horloge, patient violent, veut me frapper, devient insultant. Contention du patient.* » (Urgences)

- « *Un patient du service d'alcoologie est venu prévenir l'infirmière qu'un **homme** était **à l'extérieur du service** et qu'il **semblait alcoolisé.** En fait, il s'agissait d'un **ancien patient.** L'infirmière a demandé aux patients qui se trouvaient à l'extérieur de rentrer dans le service et, avec l'aide de l'aide-soignante, a essayé de le raisonner pour l'envoyer vers le service des urgences. Soudain, le patient très alcoolisé a bondi dans le service et a donné un coup de poing à un patient. L'ambulancier de service au SMUR ayant été appelé en renfort est arrivé. Avec l'aide de trois patients du service, l'ambulancier, et le personnel présent, ils ont réussi à maîtriser le patient qui était totalement incontrôlable. Les gendarmes appelés en renfort sont arrivés, le patient a été placé sur un brancard de contention et amené aux urgences.* » (Alcoologie)

Ces comportements peuvent être le fait de personnes menaçant de se suicider ou de s'automutiler.

- « ***Patient éthylisé avec menaces suicidaires contentionné*** *sur le lit des agités en salle d'examen. Est arrivé à voler un bistouri et a coupé sa contention. En partant, il voulait qu'on lui ouvre les portes du sas des urgences, ce qu'ont fait les agents. Le patient a menacé le personnel "je vais te crever" avec le bistouri qu'il a jeté sur le personnel. Il a ensuite quitté les urgences. Menace avec un scalpel et utilisation de ce dernier. Trois déclarations d'actes de violence en interne, une seule sur le site. Plainte déposée.* » (Urgences)

- *Une **personne alcoolisée s'est présentée dans un service de médecine** vers 21h. Le personnel lui a conseillé de se rendre aux urgences. Elle a répondu qu'elle en avait marre d'attendre aux urgences et qu'elle voulait voir un médecin pour être hospitalisée. Elle a ensuite sorti un couteau. Le*

personnel a pu s'enfermer quand la personne s'est reculée dans le couloir. L'alerte a été donnée. La sécurité a retrouvé cette personne. Elle s'était planté un couteau dans la cuisse. CHSCT exceptionnel a eu lieu pour aborder la sécurisation des locaux. Le patient présentait une attitude d'automutilation.» (Médecine)

Lors de la mise sous contention ou ayant réussi à enlever la contention, des patients arrivent à être violents.

- « ***Patiente admise cette*** *nuit pour IMV* ***avec alcoolémie supérieure à la normale,*** *Mme Y refuse les soins toute la journée.* ***Contentionnée aux mains et sous aisselles*** *depuis la matinée car risque d'autoextubation, et de plus la patiente sort les pieds du lit à plusieurs reprises. J'ai donc voulu lui remettre les pieds dans l'axe du lit, quand tout à coup la patiente m'a mis un coup de pied au niveau du cou.* » (Réanimation)

- **«** *Le* ***patient*** *M. X est entré à 20h54,* ***forte alcoolisation****, plaies au visage suite à bagarre,* ***contentionné à l'arrivée pour agressivité et orienté en traumatologie.*** *Il profère des insultes et des menaces à l'IDE présente à son arrivée. Le patient est seul en box et malgré les contentions met le feu à son drap (briquet resté dans une poche). L'odeur et la fumée +++ alertent l'aide-soignante, qui éteint le feu du drap, jeté à terre, avec un seau d'eau. Elle respire beaucoup de fumée et sera prise en charge toute la nuit en box pour intoxication au CO2.* » (Urgences)

- « ***Patient transporté par les pompiers et forces de l'ordre, agité et violent.*** *A tenté de stranguler une femme pompier sur les lieux de sa prise en charge en présence des forces de l'ordre, menaces envers les gendarmes à son arrivée à l'accueil. Patient* ***contentionné chevilles et poignets*** *dès son arrivée pour assurer la sécurité des soignants et des usagers présents. Patient admis pour tentative de suicide par médicaments et tentative de pendaison avortée + consommation d'alcool et stupéfiants. Peu de temps après son admission patient installé en salle de dégravillonnage pour soins, soins réalisés, puis agitation cris insultes et menaces de mort à plusieurs reprises envers le personnel soignant. Agitation sur son brancard malgré les contentions chocs et coups avec son brancard dans les murs.* » (Urgences)

- « ***Patient alcoolisé qui s'est introduit à l'intérieur du CSAPA à l'insu du personnel. Exige un RDV ce jour alors qu'il a un RDV programmé le lendemain.*** *L'équipe accepte malgré tout de pratiquer une évaluation médicale avec soins adaptés. Le patient revient quelques heures plus tard au CSAPA avec un comportement inadapté. Sonne de façon répétée et utilise la force pour tenter de rentrer, met des coups de pied dans le portillon.* » (Addictologie)

- « ***Patient alcoolisé et ayant consommé des stupéfiants*** *arrivé par ambulance pour plaie joue suite à une chute, a commencé à s'énerver du temps d'attente et n'a pas voulu donner suite aux soins, réclame un taxi pour partir, a donné un coup de poing dans un ordinateur et m'a frôlé de justesse, les policiers qui étaient présents à ce moment pour une autre personne sont intervenus tout de suite et ont dit au patient de partir.* » (Urgences)

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

- « ***Suite à un refus d'obéir aux consignes à rester dans sa chambre, le patient qui déambulait en caleçon dans le couloir des Urgences s'est énervé et a commencé à être agressif verbalement.*** *Puis, a voulu intimider physiquement le médecin urgentiste. Ensuite, il est invité à quitter les Urgences ce qui a augmenté sa colère. En arrivant dans le sas pompier, a porté des coups sur la porte vitrée coulissante extérieure et les murs. Une vitre a été cassée et 2 impacts dans le mur sont visibles. Le patient n'est pas délirant et il est maître de ses actes. La police a été appelée dès la fin de l'altercation*

avec le médecin et par le médecin lui-même ainsi que l'administrateur d'astreinte. Le temps que la police se déplace, le patient est sorti du service des Urgences et a quitté l'environnement proche. Le patient est revenu plus tard mais n'est pas rentré dans les Urgences. La police a de nouveau été appelée. » (Urgences)

- « ***Un usagé se présente à l'entrée de l'établissement au niveau de la barrière pompier en demandant de lui ouvrir.*** *Les agents lui expliquent qu'il n'est pas sur la bonne voie et lui font signe de passer sur celle de gauche. Très énervé, il sort de son véhicule pour venir trouver les agents en hurlant. Il fait des grands signes, crient et les insulte. À plusieurs reprises les menace en leur répétant qu'ils viennent de signer leur "arrêt de mort...". Les agents de sécurité ont retrouvé le visiteur au niveau des urgences. Ils lui ont bien rappelé les consignes de l'établissement.* » (Extérieur établissement)

- « ***Amis d'un patient s'introduisant dans le service dès 8h du matin lors des horaires de soins. L'infirmière accepte qu'ils rentrent 5mn*** *car ils disent vouloir donner quelque chose à monsieur X. 30mn plus tard ils sont toujours là et refusent de partir. Ils disent que le patient s'ennuie et veulent rester malgré le besoin de repos de celui-ci. Aux explications de l'infirmière, ils répondent "si je viens à 10 avec mes potes vous n'oserez même pas m'adresser la parole". Obligation d'appeler l'agent de sécurité pour leur demander de revenir dans l'après-midi et de laisser le patient se reposer. Ces 2 personnes avaient déjà eu un comportement déplacé dans un autre service.* » (Médecine)

- « ***Un patient refuse le contrôle de son sac à l'entrée et force le passage pour suivre son épouse qui, elle, s'était conformée au contrôle. Récupéré par le vigile, il réitère son refus et se dirige vers les ascenseurs.*** *Suivi par le vigile, il demande à voir le responsable du service qui vient le rencontrer et devant lui ouvre enfin son sac. il part dans la salle d'attente des consultations. Quelques minutes plus tard, l'alarme incendie de ce module est déclenchée. SSIAP en alerte et déplacement pour levée de doute : c'est finalement ce même monsieur qui a déclenché volontairement l'alarme pour dit-il "faire un test". Allo responsable technique qui donne son feu vert pour aviser la police. À l'arrivée de la police, contrôle des poches : le patient a un couteau et au vu du comportement passé, l'embarque au poste.* » (Urgences)

- « [À telle date], ***les collègues m'ont signalé que la famille X ne respectait pas le règlement,*** *la veille Mme Y est intervenue vers 8h00 car le père ne voulait pas quitter la chambre, elle a donc fait appel aux vigiles pour le faire partir. Le soir,* ***le père a passé la nuit dans la chambre alors qu'il n'était pas autorisé.*** *Je commence mon tour à 21h30, je trouve le père du patient en chausson, je lui demande de partir, il me dit non, je suis repartie et nous avons fait appel aux agents de sécurité et avons prévenue Mme X, même avec les agents, il n'a pas voulu partir donc ils ont fait appel à la police qui eux ont du faire le forcing pour le faire partir, peu de temps après il sonne et me demande si j'étais la chef, je lui réponds que non, que je suis aide-soignante, il me répond en me menaçant "je vais vous régler le compte !" ma collègue lui explique qu'il ne faut menacer le personnel, on est là pour vous aider et faut respecter le règlement de l'hôpital. Sa femme vient et me dit "qu'elle va me tabasser la g… !"* » (Chirurgie)

- « ***Entendant du bruit dans la chambre XYZ vers 21h15, je rentre après avoir frappé à la porte pour expliquer à la famille que l'heure des visites était passée depuis 20h.*** *La patiente me dit agressivement que c'est la première fois qu'on lui dit cela, que d'habitude ces visites durent plus longtemps. Je leur demande alors au moins de parler moins fort car à cette heure les mamans voisines ont besoin de se reposer. Là, le papa assit, se lève et me dit : "Vas-y, casse-toi et ferme la porte", chose que je n'ai eu le temps de faire qu'à moitié car il m'a rattrapée dans le couloir devant la porte de la chambre. Le bruit a fait arriver plusieurs collègues. Le papa me dit plusieurs fois : "Toi, tu vas te calmer." Je lui réponds que je suis resté polie, et il se rapproche encore (à moins d'un mètre),*

me pointe du doigt et me dit : "Toi, je vais te retrouver en bas de chez toi et je vais te massacrer". Le papa de la chambre d'à côté sort de sa chambre à cause du bruit, se fait également agresser et je pars à ce moment me réfugier dans la salle de soins où la sage-femme appelle la sûreté et la cadre de garde. » (Gynécologie, obstétrique, maternité)

- « *À l'accueil des urgences gynéco,* ***une femme*** *(visite d'une dame en salle de naissance déjà accompagnée)* ***voulait rentrer en salle de naissance. IDE fait part*** *à cette femme du règlement du service et explique qu'il n'est* ***pas possible de faire rentrer plusieurs personnes accompagnantes en salle de naissance*** *et que cela a été expliqué à la patiente à son entrée. La femme a donc manifesté à travers son attitude et ses paroles un comportement d'agressivité et de colère en vers IDE et AS. Et par la suite, cette femme a déclaré à la SF qu'elle voulait baffer l'IDE.* » (Accueil Mère-Enfant)

1-3 Un patient ou des parents qui ne respectent pas la prescription médicale

- « *Le* ***patient refuse les 3h30 de dialyse. Il n'entend pas l'explication de la prescription.*** *Agitation +++, changement de prescription mais le patient n'entend toujours pas qu'on accède à sa requête, et se met assis au bord du lit violemment avec début d'enlèvement de fixation des lignes et cris. L'IDE a tendu le bras pour éviter qu'il se lève du lit avec les lignes et pour le replacer sur son lit, il lui a assené un coup de poing sur le bras. Propos et gestes agressifs et violents envers les soignants également venus en renfort.* » (Unité de soins)

- « *Le* ***patient insulte les personnels hospitaliers*** *de "Poufs, bonnes à rien...", et fugue du service, avant de revenir plus tard.* ***Il refuse la prise en charge médicamenteuse.*** *Les parents sont prévenus ainsi que la sécurité.* » (Médecine)

- « ***Enfant en désaccord pour prise de son traitement habituel.*** *Après discussion calme, ce dernier s'allonge dans le service et hurle sans explication. En l'aidant à se relever : donne des coups avec les pieds et les mains au soignant sur ses bras et ses jambes. Crache et insulte à plusieurs reprises. Les autres parents sont choqués et des bébés sont réveillés.* » (Pédiatrie, Néonatologie)

- « ***L'Aide-Soignante a interpellé M. X qui était en train de boire son verre d'eau (prescription médicale interdisant eau non gélifiée pour ce résident****), en lui disant de venir nous voir dans l'office pour qu'il ait sa carafe d'eau gélifiée. Celui-ci s'est énervé et lui a balancé son verre d'eau au visage, et lui a mis un coup de poing dans la figure.* » (USLD/EHPAD)

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

- « ***Patient très agressif dès son arrivée car souhaite voir le médecin afin de négocier sa prescription de dialyse.*** De plus patient très impatient, ne tient pas compte du fait que le personnel est occupé avec d'autres patients. Souhaite être branché immédiatement ; manifeste son mécontentement en criant, en menaçant le personnel de partir ; en tenant des propos injurieux avec un comportement menaçant (tentative d'agression physique). Recadré par le médecin. » (Unité de soins)

- « ***Un patient se présente au secrétariat des Urgences en exigeant que l'on s'occupe de lui immédiatement.*** *Refuse les explications et consignes de la secrétaire, menace de tout casser et insulte l'agent ("je vais n… ta mère, tu fais la daronne, pour qui tu te prends, je vais m'occuper de toi ne t'inquiète pas, je vais rentrer aux urgences et je vais tout casser". La médecin chef de service est intervenue en lui disant qu'il devrait se calmer sinon nous serions obligés d'appeler la police. Idem intervention d'un IDE pour lui demander de se calmer. Le patient continue à insulter et menacer la*

secrétaire ("je t'attendrai dehors pour te fracasser"). Patient pris en charge puis de retour vers 17h15 avec sa compagne et un ami qui demandent des explications à la secrétaire sur le délai d'attente. La compagne commence à mettre des coups sur la vitre de sécurité de l'accueil et à insulter l'agent de nouveau ("con…, p…, je vais rentrer de force pour te démolir la tête, on connait ton nom et ton prénom sale p…, on va te retrouver et te défoncer, laissez-moi rentrer dans la pièce où elle est que je lui casse la gueule »). Nouvelle intervention médecin chef + IDE puis appel de la police (mais aucune équipe n'était disponible dans l'immédiat). » (Urgences)

- « ***5 personnes présentent dans la salle d'attente fument, et boivent de l'alcool. Demandé de sortir, de garer la voiture sur le parking prévu à cet effet car était devant les portes des urgences.*** *Ces derniers très agressifs nous menacent avec un "bâton". Allo police qui sont intervenus très rapidement. Vers 7h30 de nouveau d'autres individus nous insultent "bougez-vous le c…", une nouvelle fois allo police qui sont intervenus dans les plus bref délais.* » (Urgences)

- « ***Au bureau des entrées, un patient arrive en retard pour sa consultation****, il prend un ticket mais exige de passer avant les 3 autres patients qui attendent. L'agent administratif lui demande de patienter, il répond en insultant, tient des propos dégradants. Lorsqu'il est appelé, il se trompe de guichet mais l'agent qui avait été insulté, le reçoit quand même, et de nouveau il tient des propos injurieux. De plus il n'avait pas ses papiers.* » (Accueil, standard)

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

- « ***Un patient envoyé par le service pass de l'hôpital se présente à la pharmacie de l'établissement pour retirer de l'insuline et le nécessaire pour faire l'injection.*** *La personne de la pharmacie lui demande de revenir le lundi. Il n'accepte pas cette réponse et insiste. Mais devant le refus il s'énerve et lui explique qu'il ne partira pas tant qu'il n'aura pas ce qu'il souhaite. Le ton monte, les agents de sécurité sur place ont décidé de faire appel à la police car l'homme devient trop difficile à gérer.* » (Pharmacie)

- « *Agression verbale de la part d'une patiente qui disait ne pas avoir eu son traitement.* » (Alcoologie)

- « *Fils de la patiente mécontent des prises en charge médicale et soignante. La patiente n'a pas été mise au fauteuil depuis la survenue de son AVC, je rencontre le fils la veille et lui affirme qu'elle sera levée le lendemain matin. Il craint la survenue d'escarres. Patiente bénéficiant de soins de préventions d'escarres toutes les deux heures et de la mise en place d'un sur-matelas à air depuis quelques jours déjà. Ce samedi, j'ai discuté pendant près d'une heure avec ledit fils qui m'a fait part de sa colère par rapport à la prise en charge. L'échange a néanmoins été cordial. Ce dimanche, la patiente n'a pas été levée. À son arrivée dans le service à 18h30, le fils m'a clairement agressé verbalement avec menaces de violences du type "Ferme-la, je vais te fracasser la g…", "on va régler ça institutionnellement puis on verra ça personnellement", "apprends ton métier", "service de m…", etc.* » (Gériatrie court séjour)

- « *Le* ***patient est particulièrement énervé, il énonce à plusieurs reprises en avoir marre de perdre du poids et d'être débranché trop tard.*** *Très sollicitant tout au long de la séance : douleurs aux yeux, otalgie, appel à de nombreuses reprises pour être débranché, avec menace de tout arracher, propos déplacé concernant l'établissement et la qualité des soins dispensés "plus mauvais de France d'après ses recherches". Il menace : ne plus venir car "les infirmières sont agréables comme des portes de prison", veut changer de médecin car "il est nul et incompétent", prévenir son ORL (à cause de son oreille) car la dialyse lui provoque des douleurs et l'on ne fait rien pour (Antalgique donné ce jour). Déclare "venir avec un fusil afin de calmer tout le monde et qu'il ne manquera pas*

l'autre c…", je me suis permis de lui demander qui été "l'autre c...", il cite " le Dr X". Violences verbales du patient récurrentes. Déjà connu des services de police pour d'autres faits de violences (externes à l'établissement). » (Dialyse)

- « *Un couple se présente dans le service de chirurgie digestive. L'accompagnant (le mari de la patiente) menace verbalement le personnel, dès son arrivée car il ne trouve pas normal de venir 3 fois de suite pour le suivi de la plaie post opératoire : il dit que la plaie "pue la mort", qu'il "peut mettre la main dedans" et que si l'on ne fait pas quelque chose il prend son couteau et fait la même chose aux soignants... Un chirurgien du service tente de calmer la situation, sans succès, le mari de la patiente ne cesse ses violences verbales. L'équipe de sécurité est appelée en renfort. Le chef de service décide d'hospitaliser la patiente mais* ***le mari conteste cette décision et menace d'en venir aux mains.*** » (Chirurgie)

- « ***Agression verbale téléphonique/personnel : fille d'une patiente très énervée*** *avec des propos très désagréables "comme quoi l'hôpital était pourri", "une mauvaise prise en charge de sa maman aux urgences" et que s'il arrivait quelque chose à sa maman "elle me tuerait".* » (Accueil, standard)[25]

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

- « ***Patient très agressif*** *au tour de 5h,* ***quand il a su qu'il allait être reperfusé,*** *est devenu agressif verbalement et physiquement, a brisé une carafe et a dit ''vouloir nous tuer'', nous a poursuivis dans le couloir et nous a dit ''je vais vous trancher la gorge''. Sécurité + cadre de garde + médecin des étages + police intervenus.* » (Médecine)

- « ***Je devais examiner un enfant sur réquisition judiciaire de la police nationale pour constatation de blessures et fixation d'une ITT. Il s'agissait d'attouchements sur une enfant de 9 ans.*** *La famille avait porté plainte et le suspect était en garde à vue. La famille (enfant, mère, beau-père) s'est présentée au SUP avec la réquisition. Je vois ces personnes en box pour leur annoncer que je vais examiner l'enfant comme demandé, en présence de la mère seule. Elle demande à me parler en aparté avant l'examen. Nous sortons et allons dans une salle d'examen à côté.* ***Le beau-père revient dans la pièce, dit que ce ne sont que des troubles psychologiques et que je n'ai pas à examiner l'enfant physiquement.*** *Je lui dis que j'avais une réquisition et que je ne pourrai m'y soustraire.* ***il me menace*** *si je veux reprendre la réquisition,* ***m'insulte violemment*** *(vieux c…, vieux vicelard...) devant les autres familles et l'interne de garde. Ils s'en vont sans que j'intervienne.* » (Pédiatrie, Néonatologie)

- « *Les grands parents d'un bébé hospitalisé en néonatalogie ont insulté le personnel soignant car il n'était pas d'accord avec les soins prodigués.* » (Gynécologie, obstétrique, maternité)

- « ***1er RDV en consultations d'ophtalmologie pour une patiente*** *pour le suivi d'une rétinopathie et maculopathie diabétique 1 mois après une injection intra vitréenne dans son œil droit. L'ophtalmologiste lui explique l'évolution de son œil, la nécessité de poursuivre les soins et le besoin d'une chirurgie de cataracte dans l'année.* ***La patiente lui demande une prescription de lunettes.*** *Il lui explique que cela n'est pas judicieux du fait de l'absence de stabilité de sa rétine et de ses autres pathologies oculaires et que ça ne résoudra pas ses problèmes de vue et qu'il faut attendre. La patiente se met à hurler et à insulter l'ophtalmologiste. Elle jette ses lunettes par terre, elle emploie un ton menaçant. On lui propose de prendre un deuxième avis auprès d'un confrère de l'établissement ou en ville ; elle refuse. Elle continue ses hurlements et affole les patients de la salle*

[25] Pour plus de précisions sur les violences dont sont victimes les agents d'accueil, voir III. Divers focus. Les agents d'accueil, « souffre-douleurs » de l'hôpital ? » page 107.

d'attente. Ensuite, elle envoie son fils qui vient menacer l'ophtalmologiste. Il veut à tout prix son ordonnance. L'ophtalmologiste essaie de le raisonner sans effet. Le fils insulte toutes les personnes présentes dans le service et il remet en cause leur travail. Il les menace d'agression physique. La secrétaire leur dit qu'elle va appeler le service de sécurité interne. Cette famille s'en va alors en continuant à proférer des insultes et des menaces. » (Médecine)

- « ***Mme Y se présente ce matin pour un éventuel déclenchement de convenance.*** *Examens sans particularités. Conditions défavorables pour un déclenchement et problème de place d'hospitalisation dans le service. CAT prise auprès du gynécologue.* ***Le mari de Mme Y n'accepte pas la décision*** *et est assez virulent dans ses propos. Il trouve cela inadmissible. Il nous rappelle plus tard pour un nouveau rdv et me dit qu'il est passé au commissariat.* » (Gynécologie, obstétrique, maternité)

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

Les urgences sont majoritaires dans ce reproche (sur les 1 242 signalements avec ce motif, 590 concernent les urgences, soit 47,5%), mais bien d'autres services sont concernés. En effet, il faut comprendre comme temps d'attente le soin immédiat que le patient attend du professionnel qu'il est venu consulter ou encore le service qu'il est venu chercher, mais aussi le soin ou le service pour lequel un rendez-vous sera accordé dans un temps futur. Accompagnants et parents d'enfants font également des reproches.

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

- « ***J'étais dans [tel box] lorsqu'un patient a surgi dans le box pour me réclamer la suture immédiatement.*** *Patient que je n'avais pas vu, qui avait été évalué par le Dr X. Le secteur de [telle couleur] était surchargé avec 9 patients en attente et 18 patients en tout en cours. Patient que je ne connais pas mais j'avais vu son dossier. Il me montre sa plaie et m'exige donc une suture rapidement. Je lui explique que c'est mon collègue qui s'en charge et qu'il le prendra en charge dès que possible. Je demande donc au patient de retourner dans la salle d'attente. En partant du box pour prévenir le Dr X le patient m'insulte d'abruti.*» (Urgences)

- « ***Je suis le gynécologue de garde à l'hôpital de [telle ville]. J'avais 36 minutes de retard car je vois des patientes en Urgences en plus de mes consultations programmées.*** *En sortant de mon bureau, une patiente m'a insulté pour mon retard et elle m'a traité de fils de p... car j'ai refusé de la voir.* » (Gynécologie)

- « *Ce jour en raison d'un* ***mode dégradé sur l'ODP 4 mis en place pour manque de personnel nous nous retrouvons en conflit avec une famille qui attend depuis 4 h aux urgences que son enfant puisse être admis dans le secteur de pédiatrie****. Un seul agent pour assurer le ménage des départs et le service des repas. Retard de prise en charge et agressivité non contenue sur le secteur des urgences.* » (Accueil Mère-Enfant)

- « ***Une patiente et son époux se présentent de nuit aux urgences dentaires.*** *Alors qu'il leur est expliqué qu'il y a 4 heures d'attente, ces deux personnes menacent le personnel, et exigent bruyamment d'être pris en charge immédiatement. Au vu des invectives et du comportement des deux personnes, il est fait appel aux agents de sécurité, la police est avisée.* » (Urgences)

- « ***Un patient admis aux urgences suite à agression. Accompagné de 2 personnes ivres. Ils ont estimé le temps d'attente trop long et ont commencé à insulter et menacer le personnel soignant.*** *Intervention de l'agent de sécurité et d'une patrouille de police. Plus tard, les 2 individus sont montés au niveau de l'accueil, ont ennuyé l'agent d'accueil, se sont montrés agressifs et*

menaçants, lui ont arraché son téléphone des mains, ont frappé sur des portes vitrées, ont actionné un extincteur et l'ont vidé de son contenu sur place. Nouvelle demande d'intervention des forces de l'ordre. Dépôt de plainte. » (Accueil standard)

- « ***Vive altercation entre un patient et un médecin. Le patient est devenu très désagréable prétextant une attente beaucoup trop longue.*** *Il a insulté le médecin qu'il devait voir. Le Dr décide alors de ne pas le recevoir. Les agents de sécurité sur place ont demandé au patient de se calmer et de partir. Celui-ci a été raccompagné vers la sortie.* » (Autres)

- « ***En consultation avec la sage-femme, dès le début le mari est agressif verbalement pour motif de retard sur l'heure prévue et de fait refus de paiement du parking.*** *La sage-femme s'excuse pour le retard occasionné mais dit ne rien pouvoir faire concernant le parking. Très énervé, il est insultant et s'exprime très fort. Devant ce comportement, la sage-femme refuse de faire la consultation. Elle n'ose pas appeler le pc sécurité pour ne pas envenimer la situation déjà très tendue. Pour calmer la situation, elle propose de faire la consultation seule avec la femme, le mari accepte tout en continuant à insulter la sage-femme.* » (Gynécologie, obstétrique, maternité)

- « ***Le père d'un enfant*** *jugeant l'attente trop longue,* ***décide de partir.*** *Après avoir signé le document de sortie contre avis médical,* ***il demande des ordonnances****. Cela n'étant pas possible,* ***il rentre dans la salle de soins, fouille dans les dossiers, filme avec son portable.*** » (Pédiatrie, Néonatologie)

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

- « ***La patiente est sortante mais les documents administratifs non terminés d'être vus par le médecin.*** *La fille de la patiente s'emporte et insulte le personnel présent.* » (Chirurgie)

- « ***Patient qui ne veut pas attendre pour la prise de rendez-vous de son taxi*** *pour le retour à domicile. Juge le temps d'attente trop long, insulte le personnel.* » (Autres)

- « ***Un membre de la famille d'un patient doit remettre une télécommande TV à la boutique.*** *La boutique (privée) est fermée pour quelques minutes. Le visiteur s'en prend à l'agent verbalement : propos agressifs et injurieux, ainsi qu'à la standardiste, avec des insultes et des gestes de provocation.* » (Autres)

- « ***Estimant avoir attendu trop longtemps son VSL, le patient s'énerve quand il arrive et frappe la conductrice.*** » (Autres)

- « *Un* ***patient*** *jugeant le temps d'attente* ***avant son intervention chirurgicale trop long a cassé le système de verrouillage des 2 portes du sas du bloc opératoire*** *pour sortir du bloc.* » (Bloc opératoire)

- « ***En faisant un transfert d'argent, CB, et carnet de chèque*** *pour le bureau des admissions sur la trésorerie, M. X qui se trouvait présent dans la salle d'attente, a commencé par des injures silencieuses prétextant l'attente trop longue. Ces injures ont pris une autre tournure, venant à un mètre de moi, en voulant me cracher dessus chose, qu'il n'a pas faite, mais m'insultant pour terminer pas des menaces de mort "vais te buter".* » (Psychiatrie)

- « ***Agression téléphonique d'un gérant d'ambulances envers une secrétaire médicale des consultations externes suite au retard de la consultation d'un neurochirurgien*** *(intervention) par rapport au transport d'une de ces patientes.* » (Autres)

- « ***L'ami de la patiente s'énerve dans le couloir et insulte l'ASH sous prétexte que les changes duraient trop longtemps.*** » (SSR)

- « ***Patiente qui souhaite être recouchée en début d'après-midi.*** *Nous lui expliquons que nous allons venir (nous étions 2 chambres à coté à nous occuper d'un autre patient). Ce jour, il nous manquait une aide-soignante, nous n'avions donc pas d'aide-soignante de milieu. La famille sort de la chambre et se met à crier qu'il est inadmissible que nous mettions plus de 5 minutes à répondre à une sonnette, que nous ne faisons que papoter dans le couloir entre nous. La personne précise "qu'elle est chef d'entreprise et que nous sommes 4 à parler et ce depuis 10 minutes (alors que nous relevions les constantes des patients) et que cela correspond donc à une perte de 40 minutes de temps de travail." Elle a relevé le nom sur nos blouses et souhaite faire un courrier contre nous. C'est la seconde fois en 2 jours que cette famille se montre agressive envers l'équipe. Médecin prévenu et a rencontré la famille à la suite de ces 2 évènements et rencontrera à nouveau la famille dans la semaine.* » (Gériatrie court séjour)

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

- « ***Une maman n'accepte pas que la demande faite pour son enfant soit en liste d'attente,*** *ses paroles sont très violentes. Menace de faire intervenir la cellule enfance en danger et de faire un dépôt de plainte en gendarmerie.* » (CMP)

- « *Patient très agressif verbalement, a hurlé dans les couloirs du service avec mes collègues IDE et AS.* ***Monsieur X souhaitait être opéré en priorité car selon lui l'intervention réalisée il y a 3 semaines a été un échec.*** *Les sutures auraient lâché toutes seules lorsqu'il a eu une érection.* » (Chirurgie)

- « ***Patients venant à la dispensation ambulatoire qui se plaignent et agressent verbalement les agents de l'accueil lorsqu'ils apprennent qu'il faut venir sur RDV ou attendre la fin des créneaux.*** » (Accueil, standard)

- « ***Appel d'un patient au secrétariat d'orthopédie pour obtenir des duplicatas d'arrêt de travail****, soit disant perdus par la sécurité sociale. La secrétaire explique qu'elle les met immédiatement à la signature du chirurgien mais que ce dernier n'étant pas disponible dans l'immédiat, il serait souhaitable de passer chercher les duplicatas en début de semaine prochaine. Le patient est devenu agressif et a signalé qu'il passerait le jour même et repartirait avec ses AT, que s'il le fallait, il prendrait le chirurgien par la force et le forcerait à signer.* » (Accueil, standard)

- « ***Au centre de soins dentaires, patiente qui a mal depuis une semaine,*** *son mari est mécontent et menace l'agent si elle ne met pas un rdv dans la journée. Insultes envers l'agent et les fonctionnaires.* » (Centre de soins dentaires)

- « ***Un majeur protégé*** *pour lequel de nombreux signalements ont été faits est venu à la régie de l'établissement* ***réclamant plus d'argent pour aller s'installer ailleurs,*** *celui-ci vient d'être* ***mis dehors de son logement.*** *Il lui a été dit de repasser à la permanence le lendemain pour faire une demande (procédure). Refusant d'attendre, il s'est mis très colère et a proféré des menaces de mort à l'encontre des agents du service disant qu'il reviendrait les tuer.* » (Psychiatrie)

3- <u>Alcoolisation</u>

Les cas sont très nombreux. Parfois il est difficile de connaître le motif réel tant la personne est alcoolisée et incohérente dans son discours. Tout est alors sujet et prétexte à se battre, à menacer, à insulter, à dégrader les biens. Tous les services et lieux sont concernés. Parfois se sont des personnes

qui sont totalement étrangères à l'établissement mais qui se trouvaient aux abords ou ont pénétré dans l'établissement.

- « ***Patient devait être opéré demain d'une plaie délabrante avant-bras, alcoolisé, veut partir,*** *n'entend rien, déambule dans le service et l'étage, veut fumer, agressif, se débat, essaie de mordre, de frapper.* » (Chirurgie)

- « *3 individus alcoolisés surpris aux abords de l'établissement en train de vider un extincteur (de la structure) sur les voitures stationnées dans la rue (voie publique). Allô police.* » (Extérieur établissement)

- « *Visiteuse alcoolisée, 21h, qui refuse de quitter le service. Chante insulte et trouble tranquillité du service. Appel sécurité pour reconduite sortie à 1h30.* » (Chirurgie)

- « ***Patient sorti la veille contre avis médical et en refus de soins, revenu en état d'ébriété dans le service pour un hébergement.*** *Le patient ayant mis fin à sa prise en charge de sevrage or la veille, a appelé le matin pour parler au médecin référent (absence sur dimanche). N'ayant pas eu de réponse, est venu en soirée en état d'ébriété avancée pour réclamer un lit sans vouloir être hospitalisé. L'IDE l'ayant accompagné la veille sur sa sortie contre avis médical a été menacée sur son intégrité physique, injuriée. Les menaces prononcées indiquaient que l'IDE devait craindre pour elle-même à sa sortie de service. Le patient a déambulé sur l'ensemble du site (médecine, SSR, EHPAD, sous-sol) en ayant un comportement menaçant et violent (jette son sac, met des coups de pied dans les portes). Le peu d'agents en service le week-end et l'absence d'équipe de sécurité sur le site de* [telle ville] *n'a pas permis de gérer la situation sans faire appel aux forces de l'ordre. L'administrateur de garde et la gendarmerie ont été prévenus. Les gendarmes se sont déplacés et ont fini par l'évacuer du site hospitalier.* » (Médecine)

- « ***Aux urgences pédiatriques, arrivée d'une jeune de 15 ans, alcoolisée et agitée avec les pompiers.*** *Elle insulte une soignante de façon répétée, lui crache au visage et la menace de mort.* » (Urgences pédiatriques)

- « *Une famille est montée dans le service [de tel nom] pour se plaindre de* ***personnes*** *qui l'ont agressée verbalement en étant alcoolisées. Ils* ***jetaient des bouteilles au sol en les menaçant avec les chiens.*** » (Extérieur établissement)

4- <u>Refus de prescription</u>

- « ***Une patiente accompagnée d'une amie s'est présentée au service des urgences*** [de tel centre hospitalier] *vers 21h. La patiente ne présentait aucun caractère urgent mais* ***a fait part de soucis professionnels et souhaitait obtenir un arrêt de travail.*** *Suite à la remise des documents établis par le médecin et ce par l'infirmière auprès de la patiente, cette dernière et son amie se sont montré très agressives. Le médecin a été interpellé par la patiente pour lui faire des remontrances et lui demander son nom. La patiente indique avoir enregistré la consultation avec son téléphone et fait une déclaration au directeur. La patiente a essayé de prendre la blouse du médecin pour voir son nom et l'a suivie. Puis alors que le médecin a rattrapé les deux femmes pour modifier sa prescription, celles-ci l'ont bousculée en l'attrapant par les bras, la blouse, les mains et en proférant des insultes, et menaces ("tu vas mourir"). Un collègue aide-soignant est intervenu et a réussi à mettre en sécurité le médecin. La police a été contactée puis l'administrateur de garde. Plainte, instruction ouverte.* » (Urgences)

- « *Le* ***fils de madame*** *se montre menaçant envers les soignants y compris les médecins. Il parle fort, crie dans les couloirs, à la limite de l'insulte. La maman est en soins palliatifs et en situation de refus de soins. Démence + barrière de la langue. Monsieur* ***exige des soins qui ne paraissent pas adaptés selon les médecins qui assurent la PEC.*** » (SSR)

- « ***L'ambulancier d'une patiente est venu au secrétariat pour exiger une prescription médicale de transport pour une IVT réalisée quelques jours plus tard.*** *Étant donné qu'il est impossible pour les secrétaires d'en établir une, la patiente en est informée. L'ambulancier a alors fait preuve d'une grande violence, agressivité majeure dans ses propos. 4 agents étaient présents et se sont interposés.* » (Autres, CH)

- « *Patiente agressive verbalement et menaçante verbalement et physiquement envers le médecin. La patiente exige une ordonnance que le médecin ne remettra pas.* » (Gynécologie, obstétrique, maternité).

On notera ci-dessous le cas de ce patient en rupture de traitement en psychiatrie qui veut qu'on l'enferme. Il devient violent à la suite du refus de l'établissement.

- « ***Arrivée d'un patient non hospitalisé, alcoolisé, en rupture de traitement (bien connu du service, qui a été hospitalisé à de nombreuses reprises + une fois en UMD).*** *M. se présente sthénique, demande une hospitalisation "faut qu'on m'enferme". Nous lui expliquons le protocole d'entrée (passage par les urgences), nous lui indiquons que la chambre d'isolement n'est pas disponible immédiatement. De là, il devient sthénique, insultant, agressif, virulent, menace de mort sur le personnel, précise qu'il nous connait, il s'en prend violemment à notre porte d'entrée, il dégrade la boite aux lettres, balance le cendrier, tape sur les portes de la zone fermable (jusqu'à saigner de la tête et des mains). Ensuite nous appelons l'agent de sécurité, nous appelons la police et l'administrateur de garde. En attendant l'arrivée des renforts, il s'est présenté sur le même registre à la porte d'entrée du service voisin (il a fissuré la porte). Nous prévenons tous les autres services de psychiatrie. Pour la sécurité de tous nous veillons à nous enfermer à clef, et conseillons aux patients de rester dans leur chambre. Scène d'une incroyable violence, il s'est passé 30 min entre les premiers évènements et la venue de la police (durant lesquelles il ne s'est pas apaisé). Lors de l'arrivée de la police, M. est calme et coopérant.* […] » (Psychiatrie)

5- <u>Règlement de compte</u>

L'établissement de santé (tant en son enceinte qu'aux abords) est parfois le théâtre de règlements de compte entre bandes ou clans, ou parce que s'étant battus en d'autres endroits, ils ont été conduits par les services de secours ou se sont dirigés par eux-mêmes pour être soignés dans le même établissement de santé. Il lui arrive d'être aussi le théâtre de comportements de délinquants en bande à qui tout est dû et qui vont s'imposer pour passer en premier aux urgences, y faire des intrusions. Il est encore le lieu de conflits entre patients, conflits qui peuvent être très violents. Les raisons ne sont pas toujours connues.

- « *Lors d'une ronde dans les chambres après le repas du soir,* ***IDE surprend une patiente allongée sur sa voisine de chambre en train d'essayer de l'étouffer avec un oreiller et en essayant de l'étrangler avec ses bras.*** *Intervention immédiate des soignants du service, des agents de sécurité et soignants en renfort (sur déclenchement du dispositif d'alerte). Prise en charge de la victime avec mise en sécurité et examen physique. L'agresseur lui aurait proféré des menaces de mort avant l'agression.* » (Psychiatrie)

- « ***Altercation physique et verbale de M. X, père d'un adolescent, hospitalisé avec un autre adolescent.*** *Antécédent d'une rixe entre 3 adolescents dans le service. Y bouscule le personnel pour agresser M. X qui riposte avec menaces verbales, en viennent aux mains, devons les séparer. M. X sortant me claque très violement la porte que je réussis à esquiver. Appels vigiles par les PTI. Dr prévenu.* » (Unité de soins, psychiatrie)

- « *Agents de sécurité sont intervenus à l'entrée principale de l'hôpital après avoir entendu des cris.* ***3 jeunes menaçaient un jeune en fauteuil roulant et sa famille.*** *Ils ont injurié et menacé*

l'ensemble des personnes présentes. 3 autres jeunes sont arrivés ensuite et une bagarre a éclaté. »

- « ***Rixe entre plusieurs individus devant le service des urgences.*** *L'oncle d'un patient sorti pour téléphoner devant le service des Urgences a été agressé à coups de bâton par des individus qui ont surgi du parking. En entendant les cris de cette personne nous avons ouvert la porte, les agresseurs étaient partis et nous nous sommes occupés de la personne (plaies diverses TC crânien avec plaie du cuir chevelu, coups. Très choqué par l'événement.* » (Extérieur établissement)

- « ***Altercation et bagarre de 3 jeunes personnes dans le hall de l'accueil*** *(coups de pieds et coups de poing avec violence). Appel de la gendarmerie qui arrive et intervient.* » (Accueil CH)

Les conflits familiaux trouvent également un terrain d'expression au sein des établissements. Ce peut-être de violentes agressions verbales, mais aussi des menaces avec arme, des coups et des bagarres au sein même de l'établissement (salle d'attente, chambre, etc.). Les motifs à querelles sont variés. Les personnels, qui peuvent être pris à partie, doivent jouer les agents de méditation et font parfois appel à la sécurité et même aux forces de l'ordre quand les situations dégénèrent trop.

- « ***Bagarre entre familles pour droit de visite,*** *intervention de la sécurité pour séparer ces familles* » (Réanimation)

- « ***Contexte de violences conjugales entre M. et Mme durant la grossesse. Dépôt de plainte effectuée auprès de la police*** *[de telle ville]. Couple séparé depuis avec un M. inexistant jusqu'à hier. Patiente césarisée en urgence [à telle date]. Juste avant de passer en salle de césarienne Mme a prévenu M. de la naissance proche de cet enfant. M. s'est donc présenté au niveau du bloc obstétrical pour voir Mme et déclarer l'enfant auprès de l'état civil. L'état de santé de Mme ne permettant pas d'avoir une réponse claire par rapport à la demande de M. et au vu du contexte social, je me suis présentée auprès de M. pour l'informer que je ne pouvais lui délivrer aucune information. De plus, M. ne pouvait rester dans le couloir du bloc obstétrical. M. s'est immédiatement emporté, est devenu très virulent et violent verbalement et menaçant à mon égard et à l'égard de la mère de Mme qui était aussi dans le couloir à attendre. M. tapait les murs et effrayait les personnes attendant leur prise en charge au bloc obstétrical. Le service de sécurité a été averti et s'est rendu immédiatement au bloc obstétrical pour évacuer M. car les consultantes étaient choquées.* » (Gynécologie, obstétrique, maternité)

- « ***Appel d'une IDE du service USC pour signaler la présence d'un homme qui cherche sa femme dans le service.*** *Celui-ci donne des coups de poing dans le mur. Les agents de sécurité interviennent et le croise dans le Hall F1. L'individu est énervé et comme il y a eu violences conjugales il est interdit de visite. L'individu décide de quitter le site.* » (Chirurgie)

- « *J'étais dans mon bureau lorsque j'ai entendu les hurlements sur le palier, je vois* ***deux jeunes hommes et une femme se taper dessus.*** *J'ai appelé la sécurité, ils sont arrivés plus tard et les a séparés, l'un est monté en orthopédie où la mère est hospitalisée. Une personne m'informe qu'un bébé était dans la cage d'escalier. J'ai récupéré le nourrisson en attendant que les deux parents se calment. La sécurité leur a fait un rappel à l'ordre.* » (Chirurgie orthopédie)

- « ***Bagarre générale entre deux familles de [telle communauté] au sein des urgences.*** *Évacuation d'une partie du service. Intervention des agents de sécurité et de la police. Pas de blessé parmi le personnel hospitalier.* » (Urgences)

- « ***Deux familles se sont battues*** *[dans telle ville]. Les blessés au nombre de 4 ont été transportés aux Urgences par les Pompiers.* ***Quelques minutes après leur arrivée aux urgences, les deux familles se sont réunies dans l'accueil des urgences pour se battre. Ils étaient environ 20.*** *Les*

blessés sont sortis des couloirs des urgences afin d'aller se battre avec eux. La police est arrivée au même moment et ont appelé du renfort + agents de sécurité incendie. Les familles ont également dit : "Nous allons chercher des armes !" » (Urgences)

- « ***Patient hospitalisé en service d'urologie. Il est accompagné de son épouse lorsque des cris provenant de sa chambre nous font accourir dans sa chambre. Une bagarre est en train d'éclater entre plusieurs individus.*** *Afin de faire revenir le calme dans la chambre et dans le service car la bagarre se généralise hommes, femmes et enfants, je somme toutes ces personnes de sortir de la chambre mais personne ne souhaite obtempérer. Malgré des demandes claires le calme ne revient pas et un des individus nous menace avec une carafe vide qu'il agite au-dessus de ma tête. Nous réussissons à faire sortir quelques personnes dans le couloir et ces dernières s'engouffrent dans mon bureau et se bagarrent encore plus fort. Une femme jette un enfant au sol pour se battre avec sa mère. L'équipe est choquée. La sécurité arrive et vient encadrer l'équipe pour mettre fin tant bien que mal à cette situation. La famille semble plus calme mais de nouvelles arrivées de personnes dans la chambre perturbent la prise en charge du patient. À 20h le calme est revenu.* » (Unité de soins CH)

- « *Suite à un conflit familial la belle fille d'une soignante de cardiologie est venue dans le service l'intimider.* » (Cardiologie)

- « ***Conflit entre deux familles dans un même service. Agression verbale avec menaces*** *(situation a choqué le personnel présent) ; un des fils d'une famille menace l'équipe soignante. Entretiens avec les familles réalisés pour demander que la situation ne se reproduise pas. Intervention de la sécurité de l'établissement (à la demande d'une des familles).* » (Unité de soins)

- « ***Un cousin, en état d'ébriété, rend visite dans l'après-midi à son proche.*** *Vers 19h00, il revient dans le même état et* ***provoque un conflit familial****. Un membre le menace d'abord avec un pied à perfusion puis avec un couteau de cuisine saisi sur le plateau repas. L'individu est emmené hors de l'établissement par le service de sécurité.* » (Médecine)

- « ***Bagarre entre famille pour droit de visite****, intervention de la sécurité pour séparer ces familles* » (Réanimation)

- « *L'IDE déclare :* "[…] *Vers 16h,* ***j'entends un cri dans le couloir. Je me dépêche vers la chambre en question. J'entends des violences et un homme sort de la chambre*** *et me regarde : "si tu t'approches je t'en…, tu vas prendre toi aussi". La fille et la nièce se cachent derrière moi. Je leur permets de se réfugier en sécurité dans la salle de soin. Cet homme, qui est le fils, voulait les frapper de nouveau. Nous appelons rapidement la sécurité et l'ordre revient peu à peu. L'homme refusant de partir, j'instaure une alternance entre les deux groupes. La nièce décide de partir et j'entends "je vais appeler mes frères, il va voir". Peu après leur départ, l'homme reste auprès de sa mère. Je mets les choses au clair et je le mets en garde. Il s'excuse et dit que la violence ne se reproduira plus. Cinq minutes plus tard, 5 hommes font irruption dans le couloir, m'encerclant, je vois le fils se faufiler entre eux dans la chambre. L'un d'eux me dit : "on va régler ça dehors". En sortant de la chambre, ils commencent à se battre de nouveau dans le couloir, nous intervenons. Les familles de tous les autres patients s'inquiètent tous et font irruption dans le couloir... La tension monte d'un cran et j'arrive à calmer la situation et repousser les hommes dehors de l'unité.* ***Dans l'ascenseur, nous les voyons se battre.*** *Nous appelons la sécurité rapidement".* » (Médecine)

- « ***Patiente agressée par son père, d'après elle à coups de casque de moto.*** *Patiente qui* ***se réfugie dans les urgences en sang, a priori touchée violemment à la tête.*** *Sécurité appelée de suite, police appelée et sur place. Cadre de santé du SAU appelée (à joint l'administrateur de garde). La*

tante de la patiente qui est mineure reste auprès d'elle (sa mère est hospitalisée à l'USR senior des urgences au courant de la situation. » (Urgences)

Pour un conflit à propos d'un parent en soins palliatifs.

- « *Équipe médicale appelée par* ***l'IDE pour une altercation avec violences physiques dans la chambre d'un patient.*** *Elle* ***a dû s'interposer pour séparer les deux filles et faire appel à la sécurité de l'hôpital.*** *Les protagonistes sont accompagnés sur le palier [de tel service] où elles sont entendues par l'équipe médicale. Il s'agit d'un conflit familial à propos du lieu de séjour du patient après sa sortie d'hôpital. Le patient de 94 ans en soins palliatifs désire retourner chez sa fille [dans telle ville] plutôt qu'à son domicile de [telle autre ville] où il ne se sent plus en sécurité. L'altercation reprend après qu'une des filles eut récupéré un sac à main en provenance de la chambre du patient. Il y a agression physique et le Dr X et le membre de la sécurité sont obligés de séparer les deux filles. Consigne est donnée d'appeler l'officier de sécurité. L'équipe médicale quitte les lieux après que le calme soit revenu. Une des filles et l'épouse du patient quittent le service tandis que l'autre fille regagne le chevet de son papa. Mise à l'abri du patient. Interdiction de visite de l'épouse et d'une des filles jusqu'à la sortie du patient de l'hôpital. Le patient revu en début d'après-midi qui confirme son souhait de retourner au CCAS car il ne se sent plus en sécurité [dans telle ville] avec son épouse qui a antérieurement proféré des menaces physiques avec arme blanche et qui présente des troubles cognitifs. Le CCAS a été averti pour prendre mesures adaptées où des violences similaires auraient déjà eu lieu de la part des mêmes personnes au domicile de la fille hébergeant le patient. Conseil de dépôt de plainte à la gendarmerie si les faits sont avérés.* » (Unité de soins)

6- <u>Diagnostic non accepté</u>

- « ***Attitude agressive verbalement de la part d'un détenu lors d'une consultation dentaire.*** *La personne détenue contredit les explications du dentiste se lève et s'emporte verbalement.* » (UCSA)

- « ***Patient a refusé de rester hospitalisé.*** *S'est levé et a attrapé le médecin par l'épaule, l'a menacé du poing et a poussé l'infirmière à deux reprises à 15 minutes d'intervalle.* » (Unité de soins)

- « ***Patient agressif verbalement et physiquement (envoi des résultats de radiologie au visage de l'IDE), le médecin ne pouvant satisfaire à sa demande de notification d'arrêt de travail*** *(les résultats de radiologie et l'examen médical faisant foi). Malgré la tentative effectuée par l'IDE, de calmer le patient, ce dernier allègue ne pas accepter le diagnostic du médecin et l'obligation de retourner travailler ce jour, se plaignant de douleurs au genou en le pliant. Stress et peur des soignants.* » (Urgences)

- « ***Un patient se présente en consultation, verbalise des idées suicidaires avec un scénario, et exprime qu'il ne souhaite pas être hospitalisé.*** *Reste calme. Décision médicale de le garder hospitalisé en SPDPI. Un appel préventif à renfort, avant information du patient, permet la présence de 7 soignants. Le patient est informé par le médecin, le patient sort rapidement du bureau défonce la porte d'entrée de l'Unité d'Accueil et de Diagnostic et d'Orientation (UADO), reste avec les soignants et sort un couteau de sa poche. Le personnel soignant appelle la police. Le personnel commence une négociation avec le patient en attendant l'intervention de la police (30 minutes.) Après l'appel de la police et l'organisation de l'intervention, le patient est accompagné en chambre. Les personnes en salle d'attente (pièce contiguë au sas) sont choquées, le personnel est impressionné par cette situation. La porte du service est inutilisable.* » (Psychiatrie)

- « ***Enfant adressé au SAU pour crise d'asthme puis hospitalisé en pédiatrie. Le père, mécontent du diagnostic se plaint au personnel de pédia*** *(agressif+++). Demande à 2H du matin si le personnel du SAU peut surveiller sa voiture (mal garée) sur le parking. L'IDE lui explique que ce n'est*

pas possible. Le père se dirige vers le SAU et s'emporte contre le personnel. Appel de l'agent de sécurité. Père de nouveau agressif le matin en pédiatrie. » (Urgences)

- « ***Menaces** proférées **par les enfants** du patient **à l'encontre de l'interne lorsqu'il annonce que le pronostic vital du père est engagé.*** » (Réanimation)

7- <u>Drogue</u>

Les signalements font état de personnes qui fument seules, en groupe ou en famille, tandis que toute consommation est interdite dans les établissements ; d'autres qui peuvent être en manque ou dans un état ne leur permettant pas d'exprimer clairement leurs idées, ce qui va entraîner de vives réactions ; d'autres encore, qui venant pour un sevrage, vont manifester elles aussi des réactions très violentes. Les impacts négatifs engendrés par ces comportements sont également relatés.

- « ***Cela fait plusieurs semaines qu'une très forte odeur de cannabis est perceptible de façon aiguë dans la cage d'escalier** de [tel bâtiment]. Service de sécurité prévenu. Mauvaise image pour la clientèle. Quant au personnel, il subit ces nuisances tous les jours.* » (Autres, CH)

- « ***Patient et sa famille ne respectant pas les consignes du service,** fumant de la drogue, insultent les personnels. Sorti sur décision médicale.* » (Chirurgie)

- « ***Un patient agité venu aux urgences pour un sevrage de cannabis, a agressé un IDE** en lui donnant plusieurs coups de poing dans la tête, des coups dans les avant-bras et des coups de pied sur les pieds. Agression rapide et violente, une dizaine de coups sur l'IDE. **Le médecin sur place a eu le poignet tordu** et un **agent de sécurité a été menacé de mort.** Il a été stoppé par les forces de l'ordre qui étaient sur place.* » (Urgences)

- « ***Un visiteur rode dans les services : gastro, médecine interne, dans les chambres des patients. Il fume du cannabis et est défoncé.** Un personnel hospitalier a réussi à le faire sortir. Plus tard dans la nuit, le même visiteur rode dans les chambres, un personnel s'aperçoit et le fait sortir, il devient menaçant et agressif. Il a même volé un portable iphone. Déjà averti le cadre de santé et les patients de faire attention à leurs affaires personnelles.* » (Autres)

- « ***Patient ne respecte pas ses temps de sortie, consomme systématiquement du cannabis qu'il trouve à la sortie du service dans l'enceinte de l'établissement auprès d'anciens patients connus.** Revient complètement désinhibé et terrorise les patients les plus fragiles, nécessite systématiquement le recours aux IDE du 2e étage et aux agents de sécurité pour mise en ISO. Fournit également en cannabis des patients qui se trouvent en secteur fermé sécurisé et protégé. Perturbe les actions de soins des IDE, l'organisation du service.* » (Psychiatrie)

- « ***Accueil de M. X avec le SMUR, pompiers et gendarmes. Motif d'entrée : agitation, intox OH et prises de cannabis.** Décision médicale : chambre d'isolement et contentions membres inférieurs. Étant en poste de nuit AS, en présence des gendarmes et de l'agent de sécurité, l'IDE psy et moi-même. Conformément au protocole de la CI, je demande au patient de se dévêtir et de mettre une chemise d'hôpital. Le patient obtempère et dit "ta collègue est laide, tu es laide, toi aussi (moi) de toute façon personne ne doit te b… avec ta gueule". Je ne réponds pas. Le patient se couche à l'envers (tête au pied) sur le list. Je lui dis : "S'il vous plait, veuillez-vous coucher dans l'autre sens, vous n'êtes pas allongé dans le bon sens". Le patient "ah bon il y a un sens ?". Moi : "oui". Il se met dans le bon sens mais se couche sur le ventre. Il lève la tête, me regarde et me dit : "**Méfie-toi,** [telle ville] c'est petit **et là tu vois la position dans laquelle je suis, tu seras dans la même**".* » (Urgences)

- « ***Un manipulateur en radiologie appelle la sécurité pour prévenir que 5 adolescents dans le parking pédiatrie sont en train de fumer du cannabis.*** » (Extérieur établissement)

À noter ce cas où une jeune fille en manque frappe sa mère.

- « ***Une mère se présente aux urgences avec sa fille de 15 ans et 6 mois sous l'emprise de la cocaïne. Elle frappait sa mère.*** *Le médecin s'interpose et maintient au sol la jeune fille qui l'insulte, le menace et le griffe assez sévèrement. Le médecin a appelé l'administrateur de garde pour lui faire part de son souhait de déposer plainte. La gendarmerie a été appelée et informée. Cette situation a nécessité une contention chimique et mécanique. Plainte déposée. Les professionnels des urgences ne se sentent plus en sécurité dans leur exercice professionnel face à une violence qui augmente progressivement.* » (Urgences)

8- Suicide et tentative

Ces actes engendrent ou peuvent engendrer une véritable violence psychologique sur les personnels de santé et les témoins. Les personnels et agents de sûreté sont réactifs pour éviter au patient d'attenter à sa vie. Lorsque ces actes atteignent des adolescents, les impacts psychologiques sont accentués. La longue description du signalement qui suit illustre bien cette difficulté.

- « ***Ado venant en pédiatrie pour syndrome dépressif,*** *ayant déjà fait une fugue vendredi et de nouveau admise dans le service. Ce soir, en début de soirée, enfant calme dans l'échange, respectueuse et aimable.* ***Nous fait part de son angoisse du retour à la maison demain.*** *21h30 : elle vient prendre ces médicaments d'elle-même qu'elle a pris devant nous. 21h40 : nous voulons aller dans sa chambre mais celle-ci est fermée et bloquée par un lit ?? Nous lui demandons de nous ouvrir ou au moins de parler avec nous. Aucun échange. Appel au brancardier pour ouvrir la porte.* ***Nous la retrouvons avec des draps noués par deux fois autour de son cou avec la tringle de séparation de lit.*** *Nous l'avons soulevée et dépendue. Pas de mal apparent, enfant qui est prostrée sur elle-même, et ne répond pas aux questions, assise au sol à côté du lit. Essayons de faire redescendre le stress et la crise, mais la jeune fille n'est pas dans l'écoute. Pendant qu'une soignante calme les autres enfants du service qui ont peur et qui pleurent, l'autre accompagnée du brancardier sommes dans la chambre. Elle nous bouscule et s'enferme dans la salle de bain. Nous ouvrons la porte avec force, de peur qu'elle réitère son geste. Après plusieurs appels au pédiatre (2x), nous faisons démonter les portes et tous les matériaux dangereux pour sa santé. Devant la mise en danger pour elle et les autres du service ainsi que le stress occasionné pour les soignants, le brancardier appelle de nouveau le pédiatre pour une contention ventrale, acceptée. Le temps de mettre la contention en place, elle nous échappe encore une fois en nous bousculant. Immobilisée par le brancardier et une soignante, nous tentons de la ramener dans sa chambre pour la contensionner. Après maintes tentatives de l'attacher, et de coups portés contre les soignants, nous arrivons à rentrer en contact avec elle pour lui expliquer notre comportement envers elle et la contention. Se calme par la suite.* » (Pédiatrie, Néonatologie)

Les actes suicidaires et leur gestion peuvent se retourner contre le soignant qui assure une sécurisation du lieu où va évoluer le patient à la suite d'une tentative de suicide. Ils peuvent aussi donner lieu à des dégradations de matériel si l'auteur n'arrive pas à ses fins.

- « ***Le patient se présente avec des traces de strangulation importantes*** *(non présentes la veille). Questionné plusieurs fois par les 2 soignants sur le sujet, il reste hermétique et inaccessible, prend son traitement et déjeuner et repart dans sa chambre. Devant la suspicion de passage à l'acte suicidaire, nous organisons un entretien médical* ***en présence du Dr X en urgence durant lequel il avoue avoir essayé de s'étrangler la veille au soir avec ses lacets.*** *Consigne médicale de lui retirer ses lacets et fil d'écouteurs et objets dangereux à la réintégration en chambre. Tension croissante du patient qui négocie, s'énerve, insulte et jette des objets au sol et m'agrippe par le cou en serrant. Déclenchement DATI, arrivée des renforts et mise en CSI.* » (Psychiatrie)

- « *La patiente a tenté de rentrer dans le réfectoire de force pour prendre un couteau dans le but de se suicider. Le collègue s'est interposé et la patiente a tenté de lui donner un coup de poing au visage.* » (UHSA)

- « *Intervention pour patient voulant se suicider avec éclat de miroir, un agent blessé.* » (Psychiatrie)

- « *Un patient hospitalisé pour IMV et tentative de suicide descend fumer au rez-de-chaussée, il essaie de se brûler avec sa cigarette puis de s'immoler avec son briquet, il s'énerve et tape dans les portes coulissantes, il est remonté dans sa chambre et là il casse tout : table de chevet, pied du lit, verre, etc. Appel du médecin SMUR et d'astreinte.* » (Médecine)

Les motifs font apparaître diverses détresses, parfois non détectables.

- « ***Soignante répond à la sonnette et trouve le résident mouchoir dans la bouche, écharpe serrée autour du cou et sang s'écoulant de l'oreille gauche.*** *Dit avoir voulu se suicider à cause de douleurs mictionnelles très importantes en lien avec cancer de vessie pour lequel il a refusé jusqu'à présent toute consultation auprès d'un urologue et l'idée de toute intervention. Quand a vu du sang s'évacuer par conduit auditif et senti des bourdonnements d'oreille a pris peur et a sonné.* » (USLD/EHPAD)

- « *Chute volontaire du haut de l'escalier de secours (côté accueil). "Appel au 15, intervention des pompiers. PH chef de pôle informée. CSS : Mme Y s'est rendue sur place et a rencontré une des IDE présentes. Demande faite de rapport circonstancié. Dans l'attente,* ***il semble que l'adolescente ait fait le tour du bâtiment, monté l'escalier de secours et se soit jetée du 1er étage.*** *Pas de témoin. C'est l'ASH qui a entendu du bruit qui a donné l'alerte.* […] *1ère tentative de suicide chez cette jeune fille. Venait de faire un entretien avec l'IDE juste avant : n'avait pas perçu ses intentions.* […]. » (Psychiatrie)

9- <u>Autres</u>

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

9-1 Maltraitance

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

- « […] *Nous souhaitons attirer votre attention sur le fait que la prise en charge de cette patiente est si problématique que l'équipe se considère en situation de maltraitance quotidienne, en souffrance, désemparée, pas entendue, et demande un changement définitif de service. Nous sommes en échec thérapeutique (médicamenteux et autres...) avec cette patiente, deux solutions ont été mises en place : mise en fauteuil avec contention, ce qui ne l'empêche pas de se jeter au sol avec le fauteuil, et l'isolement en chambre que nous mentionnons plus haut. Face à notre impuissance nous allons faire appel au CHSCT.* » (Psychiatrie)

À noter ce signalement par un médecin concernant des soins conférés par un interne à une patiente.

- « […] *J'ai rappelé à l'interne qu'en cas de douleur persistante malgré morphine et protoxyte, l'immobilisation devait être réalisée (comme les réductions) au bloc opératoire comme le veut le protocole de service. Je me suis alors fait insulter par l'interne qui n'a pas tenu compte de ma remarque et a continué à maltraiter la patiente. Je lui ai rappelé que j'étais le médecin responsable du*

secteur de traumatologie des urgences, ce qu'il n'a pas accepté puisqu'il m'a répondu que c'était le chef de garde d'ortho en charge des patients de trauma. La patiente quant à elle continuait à se débattre tant elle souffrait. J'assimile clairement cette pratique à de la torture et considère cet événement comme très grave. […] » (Urgences)

9-2 Atteinte au principe de laïcité[26]

Pour un conjoint refusant que sa femme soit examinée par un homme. Soit les professionnels acceptent pour ne pas envenimer la situation, soit ils n'acceptent pas.

- « ***L'accompagnant d'une patiente d'IRM a exigé que la patiente soit examinée par une femme et non par un homme****. Il a continué à provoquer le manipulateur radio.* » (Radiologie)

- « ***Un conjoint alcoolisé refuse la présence d'un homme sage-femme lors de l'accouchement de sa femme.*** *Il l'insulte. Pour éviter tout incident, une femme sage-femme a pris le relais.* » (Gynécologie, obstétrique, maternité)

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

Certaines situations vont ainsi jusqu'à l'intervention des forces de l'ordre sur demande des professionnels de santé.

- « ***Déclenchement du travail chez une femme venue accoucher*** *[à telle date] à 8h.* ***L'homme et la femme sont en permanence dans l'opposition, la suspicion, le refus... En fin de journée, l'indication de césarienne s'impose. La patiente refuse catégoriquement et le couple s'oppose violemment à tout acte du Dr X*** [qui est un **homme**]. *À 19 h, la situation devient urgente, la sage-femme prévient le chef de service. À sa demande, le Dr X se présente au couple, le mari s'emporte violemment et lui demande de sortir, il tient des propos très virulents vis-à-vis de ce médecin ("s'il touche à ma femme, je lui démonte sa g..., je lui casse tous ses os"). Le couple menace de retirer la péridurale de la femme et de partir. La sage-femme les informe qu'en cas de refus de la césarienne, elle sera obligée d'en informer le procureur de la République (mise en danger du bébé et de la mère). Administrateur de garde prévenu. Le couple accepte la césarienne mais pas par le Dr X. La sage-femme les rassure sur le parcours de ce médecin. Le mari est très agressif verbalement et s'adresse à sa femme : "tu as bien compris ce qu'elle vient de dire ?"... "tu sais que s'il t'arrive quelque chose, ou au petit je la tue (en parlant de la sage-femme)". La sage-femme lui rappelle qu'elle n'accepte pas les menaces. Le mari rajoute "je ne rigole pas moi, les terroristes qui font 3 kills, c'est de la rigolade, moi c'est tout l'hôpital que je fais sauter !". La sage-femme tente de le calmer, appelle une collègue en renfort. Le Dr Y arrive et prévient les forces de l'ordre. Après l'entretien avec la police, le mari se calme. Sage-femme psychologiquement déstabilisée.* » (Gynécologie, obstétrique, maternité).

- « ***Un patient du service d'odontologie met une violente gifle à une interne (il ne voulait pas être soigné par une femme).*** *Le service de sécurité est intervenu sur cet événement. Le patient a été interpellé et retenu en attendant l'arrivée de la Police. Ce patient a été ensuite conduit au commissariat de Police pour y être entendu sur les faits. Un Agent du service de sécurité a conduit la victime aux urgences afin de se faire examiner. L'Interne ira ensuite déposer plainte au commissariat de police.* » (Médecine)

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

Pour des patients refusant de se faire examiner par un professionnel de sexe opposé.

- « *Ce jour à 13h15 un patient a été violent, agressif et a menacé de mort le personnel féminin (médical et paramédical). Il a déclaré au transit ''sur le Coran je tue toutes les femmes''. Ce patient était rentré pour un AVP à 8h45 ce matin. Difficilement gérable, dès son arrivée sort dehors, invective le personnel et a dû être recherché pour ne pas rater son rendez-vous au scanner. Signalement fait au procureur de la République.* » (Urgences)

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

La prise de films, de photos et d'enregistrements sonores sont des moyens de faire pression sur les personnels pour obtenir gain de cause ou encore pour dénoncer des comportements que les patients ou accompagnants considèrent comme une mauvaise prise en charge, voire de la maltraitance. Outre les personnels filmés, les auteurs filment également d'autres patients et parfois dans le box, faisant fi du respect de l'intimité et de la confidentialité dont doivent bénéficier les autres patients et les personnels soignants. C'est aussi un moyen de se filmer entre patients en cas d'agression puis de diffusion ou de menace de diffusion sur les réseaux sociaux ou sur les téléphones de ces mêmes patients dans l'unité où ils se trouvent. La menace de diffuser sur des chaînes de télévision est également brandie.

- « *Famille du patient a eu un comportement totalement inadapté.* ***Ils étaient plus de 15 dans la chambre ou le couloir. Ils ont filmé les soignants dans les couloirs, enregistré la conversation avec le médecin et ont mis la pression afin que leur proche soit transféré sur un autre établissement sachant que le CH*** *n'avait pas de neurologue sur place. J'ai dû rester avec le Dr dans son bureau pendant qu'elle appelait les autres CH afin de gérer les intrusions intempestives dans son bureau. Le personnel ne se sentait pas en sécurité face aux menaces de tous les membres de la famille (hommes comme femmes). Des situations de ce type sont compliquées à gérer et se reproduisent de plus en plus.* » (Médecine)

- « ***Nous nous sommes rendus compte avec ma collègue que nous étions en train d'être filmées par un patient alors que nous attendions dans le couloir devant le secrétariat d'ophtalmologie.*** *Nous avons alerté un autre de nos collègues qui est allé voir le patient et a constaté qu'il était effectivement en train de nous filmer. Il lui a demandé de cesser, le patient a refusé d'arrêter, est devenu agressif et a même bousculé mon collègue, il a expliqué vouloir diffuser la vidéo sur internet. Le PC sécurité a été informé par téléphone. La vidéo sur son téléphone a été vue par mon collègue ainsi que par la secrétaire de notre service. Les Dr X et Y ont également constaté l'agressivité du patient. Courrier adressé à la personne en cause. Courrier aux personnes déclarantes [à telle date] avec copie du courrier envoyé.* » (Autres, CH)

- « *La mère du patient hospitalisé a eu des propos verbaux discriminatoires en criant envers les agents.* ***De ce fait elle s'est permise de filmer les patients ainsi que son fils qui sont dans les box côté trauma pour diffuser dans les réseaux sociaux ainsi que [sur telle chaîne de TV] et elle les a appelés*** *car elle n'est pas contente de la prise en charge de son fils sachant que son fils a eu tous les soins possibles avec un peu de retard à cause de la charge de travail et le sous-effectif de ce jour, mais fait. Il était en attente du gastroentérologue, qui est venu en fin de matinée vers 13h30 et aussi elle était mécontente de retrouver son fils dans le couloir et non dans un box.* » (Urgences)

- « ***Patiente alcoolisée agressive vis à vis de l'équipe soignante lors de sa PEC. La police se présente avec une femme alcoolisée qui se débat.*** *La 1ère patiente injurie la police et l'équipe soignante, les menace de mort pendant que la 2ème casse le fauteuil roulant sur lequel elle est installée. Toute la scène est filmée par la 1ère patiente qui fait des commentaires et menace l'équipe de diffuser le film sur les réseaux sociaux. Agression violente mal vécue par l'équipe du fait de la médiatisation des faits et menaces de diffusion sur les réseaux sociaux.* » (Urgences)

- « *Patient qui interpelle fortement une soignante car sa main saigne. La soignante lui demande de patienter car elle s'occupe d'un autre patient plus urgent. Le patient rappelle une deuxième fois, la soignante vient voir le petit saignement et place un champ bleu en attendant de finir la prise en charge avec son patient.* ***Pendant que la soignante prépare son matériel, le patient se lève brusquement, prend son portable et se met à filmer la soignante de très près tout en l'insultant.*** *Il sort de la salle d'examen en bousculant l'interne, en criant et continuant à filmer. Il demande à partir en insultant tout le monde, pendant 10mn et continue à filmer. Intervention du médecin, de la sécurité et de la police. Films effacés par la police qui a demandé à la soignante de porter plainte.* » (Urgences)

- « ***Un homme m'a filmé et m'a pris en photo à mon insu à ma sortie de poste sur le parking de mon lieu de travail lorsque je rejoignais pour véhicule.*** *Je lui demande d'arrêter de filmer. Il me dit qu'il va aller porter plainte pour non prise en charge de sa femme et qu'il a mon visage et ma plaque de voiture.* » (Extérieur établissement, CH)

Le cas qui suit évoque un homme filmant en salle d'accouchement sa femme en plein travail en intimant, au médecin, l'ordre de la césariser.

- « *Étant de garde en obstétrique, j'étais allée en salle d'accouchement ABC pour examiner une patiente en travail, Mme Y, et pendant que j'examinais la patiente, son compagnon, dont je n'ai pu recueillir le nom, a proféré à mon encontre des menaces verbales, et s'est mis à me filmer avec son portable en train d'examiner sa compagne, en m'intimant l'ordre de la césariser, sinon qu'il balancerait la vidéo sur les réseaux sociaux, et en disant sur l'enregistrement qu'il me poursuivrait en justice. Tout ceci en présence de la sage-femme et de l'auxiliaire de puériculture.* ***Il a continué à me filmer malgré mon refus et la notification que ce genre de comportement est interdit dans le service.*** *Il est à préciser que ce même individu avait déjà menacé la veille la sage-femme qui s'occupait de sa compagne en présence du gynécologue de garde, à tel point que le service de sécurité a été appelé et serait intervenu. Je rapporte ces faits indésirables (qui perturbent le déroulement normal du travail déjà assez stressant dans la spécialité qui est la nôtre, et qui ne mettent pas du tout le personnel soignant en sécurité, que ce soit à l'hôpital ou en ville) pour que des mesures conséquentes soient prises. Notons que bien plus tard, la patiente m'a présenté ses excuses concernant le comportement de son conjoint, et m'a dit, je cite : "pardonnez-le".* »

Pour un professionnel se sentant en danger, qui enregistre la conversation, provoquant en retour un filmage de la consultation par le patient.

- « ***Patient se plaint de sa prise en charge hospitalière au cours de son hospitalisation et à sa sortie*** *(prescription d'antalgiques, de radio, pensait voir son chirurgien), sa fille présente à la consultation envenime la situation. Je lui propose une prise en charge vers son chirurgien ou dans une autre structure. Le ton monte* […]. *J'ai le temps de voir sa radio de contrôle et lui dire qu'elle est satisfaisante. et je me sens agressée verbalement, coincée derrière le bureau de consultation. Le ton monte avec ses reproches. Une étudiante p2 est témoin de la scène. Me sentant en danger, j'enregistre la conversation, il s'en rend compte, me filme (ainsi qu'une infirmière rentrant dans le box, alertée par le ton fort du patient). Je reste calme. Le patient me menace de divulguer la vidéo sur Youtube sans mon droit à l'image. La consultation se termine par accord, relation médecin/patient rompu, il est vu en consultation par mon collègue, les suites de sa chirurgie sont sans complications particulières. Le patient est vu par la cadre devant ses propos véhéments dans mon box et en dehors de mon box, alimentés par sa fille de 19 ans.* » (Autres)

9-4 Menaces et comportements agressifs pour diverses autres raisons

- « ***Appels multiples au standard avec un numéro masqué. Propos injurieux, obscènes, menace de suicide et de mort à notre égard.*** *Heures des appels : - 22h34 (appel reçu par IDE car standardiste au WC) - 22h42 - 22h49 (suicide) - 22h56 - 23h01 (menace de mort) - 23h03 - 23h08*

3 enregistrements sur téléphone portable (conseillé par la gendarmerie qui les ont entendus). Plainte déposée. » (Accueil standard CH)

- « *Comportement irrespectueux et désagréable envers un agent hospitalier.* ***Insulte et vulgarité***. ***Défécation sur du matériel médical.*** » (Médecine)

- « ***Harcèlement téléphonique d'un ancien patient du service des urgences, actuellement hospitalisé à la clinique X, souhaitant récupérer son dossier du dernier passage aux urgences.*** *Malgré nos réponses concernant l'obtention de son dossier, soit entre médecin ou sur simple demande écrite de sa part, cette personne ne veut pas comprendre. S'ensuit une multitude d'appels téléphoniques de sa part avec menaces verbales, agressivité.* » (Urgences)

Pour un homme refusant la facture de son hospitalisation.

- « ***Un homme sonne à l'interphone des urgences en m'expliquant qu'il est médecin ici et qu'il doit parler à l'administrateur de garde immédiatement.*** *J'ai appelé le cadre de nuit pour savoir s'il avait notion d'un quelconque problème nécessitant l'intervention de l'administrateur de garde. Il me dit que non, de voir avec le monsieur et de le rappeler. Lorsque j'ouvre les portes du SAS, le monsieur m'attrape et me jette contre le mur. Lorsque j'essaie de lui parler, celui-ci recommence à m'attraper. Rentre de force dans les urgences, hurle sur tout le personnel car a reçu une facture de l'hôpital suite à une hospitalisation en mai, qu'il ne compte pas la régler et que l'on doit régler le problème immédiatement. Explications données, ne servent à rien, n'écoute pas, s'énerve de plus en plus. Finit par partir mais revient 5 minutes après. Police appelée, ne sont jamais venus.* » (Urgences)

II.4 La gestion des événements de violence

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

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

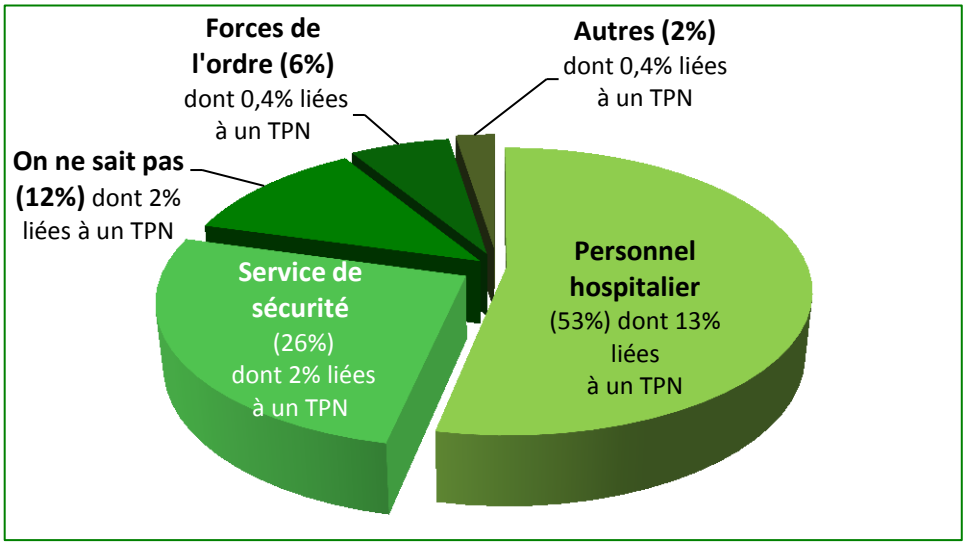
Intervenants Atteintes aux personnes et aux biens	Nb	%
Personnel hospitalier	12 267	53%
Service de sécurité	6 015	26%
Forces de l'ordre	1 450	6%
Autres	570	2%
Non précisé	2 743	12%
TOTAL	**23045**	**100%**

Intervenants	Atteintes aux personnes	%	Atteintes aux biens	%
Personnel hospitalier	10 126	83%	2 141	17%
Service de sécurité	4 148	69%	1 867	31%
Forces de l'ordre	1 078	74%	372	26%
Autres	419	73%	151	27%
Non précisé	2 007	77%	736	23%
TOTAL	**17 778**	**77%**	**5 267**	**23%**

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

Plus des trois-quarts de toutes les interventions concernent des atteintes aux personnes, et c'est le personnel hospitalier qui est confronté en premier aux incidents de violences. La proportion élevée de ses interventions, en lien avec un fait dû à une pathologie, confirme la nécessité de renforcer les procédures de renfort et de cohésion entre les soignants.

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



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

Les formations professionnelles dispensées sur la gestion des tensions et de l'agressivité sont particulièrement importantes et se révèlent extrêmement utiles afin de mieux prévenir et gérer les moments de violence. Diverses méthodes existent localement ou au niveau national. Il convient de trouver celle adaptée aux types de violences subies dans les services, lieux et unités, car la violence est protéiforme et ressentie différemment par les personnels (soudaineté et imprévisibilité des violences, vulnérabilité de certains auteurs en raison de leur âge, protection des victimes en raison de leur âge ou de leur handicap, etc.). Ce sont souvent des méthodes mises en place par des soignants pour des soignants et prenant en compte la spécificité « santé ».

Ces formations, de qualité, doivent faire l'objet d'un suivi régulier afin que les personnels maintiennent leur niveau de compétence et que chaque nouvel arrivant puisse s'insérer dans un dispositif commun de prévention et de gestion des violences. Lorsque cela est possible, une formation collective de l'ensemble d'une unité, d'un groupe, est la meilleure solution afin de créer cet esprit de cohésion et d'éviter un décalage entre les personnels formés et ceux qui ne le sont pas. Les personnels qui les suivent assurent qu'ils se sentent plus sûrs pour affronter d'autres situations difficiles. Ces formations vont de pair avec une formation sur la communication.

Les signalements font état d'intervention des soignants allant jusqu'à désarmer des patients dans des situations très tendues ou violentes.

- « ***Au moment où une aide-soignante a voulu aider un patient sortant à finir de s'habiller, celui-ci a sorti un couteau et voulu agresser l'aide-soignante. Le couteau était caché dans l'une de ses poches*** *entre [telle date et telle date]. 3 aides-soignantes ont été agressées physiquement sans compter les agressions verbales. Celui-ci a exprimé le fait qu'il voulait se tuer en se jetant par la fenêtre. Action mise en œuvre : l'aide-soignante a parfaitement maîtrisé l'agression en esquivant le geste, gardant son calme et en adoptant une attitude rassurante.* » (Médecine, cardiologie)

- « *[Tel jour], Mme Y est en stage comme* ***aide-soignante en radiothérapie****. Vers 13h00, elle remarque un homme au comportement bizarre. Dans le même temps elle entend une patiente crier « au voleur, au voleur… ». L'homme croisé peu avant se met à courir.* ***Avec l'aide de collègues elle l'intercepte. L'homme sort un couteau. Les personnels soignants le désarment*** *et il est emmené dans une salle d'attente patients. La sécurité est appelée mais l'homme s'enfuit avant leur arrivée. Il est interpellé quelques minutes plus tard six étages plus bas, dans le plot opposé, à la sortie des*

ascenseurs, par les agents de sécurité et l'aide-soignante qui l'a identifié. L'auteur est pris en charge par la Police et placé en garde à vue. Suite à cette interpellation, l'aide-soignante a eu le poignet droit tordu. Elle a déposé plainte et doit consulter à l'UMJ […]. » (Unité de soins, CH)

- « *Un **patient allongé sur un brancard** dans le couloir face à la salle de soins attente non vu. Lors d'un passage de personnel soignant sort un couteau et **se scarifie l'avant-bras** tout en criant "[un prénom féminin]". Nous lui tenons alors les mains dont une avec le couteau et là nous menace de "nous planter". Appel du renfort. **Un médecin, 4 infirmières, 2 ambulanciers 1 aide-soignante pour le désarmer et le contenir.** Administrateur de garde prévenue (qui se déplace), appelle la police pour signalement* […]. »

- « ***Un ancien patient,** désormais majeur, de l'unité pour adolescents située sur le site du centre hospitalier [de telle ville] et dépendant de notre établissement, s'est introduit dans l'unité **muni d'un sabre et en tenue Ninja** a menacé la première personne de l'équipe soignante à savoir une éducatrice. En entendant les cris de cette dernière, l'ensemble des personnels alors en réunion est intervenu en maîtrisant le patient au sol. Le service sécurité du centre hospitalier [de telle ville] a été appelé en renfort ainsi que la Police.* » (Psychiatrie)[27]

Le personnel de sécurité/sûreté intervient en appui ou en initiative dans 26% des cas. Sa bonne connaissance des lieux et de l'environnement, la bonne entente et une connaissance mutuelle des contraintes entre ces agents et les autres personnels constituent des éléments essentiels pour assurer une sécurité de qualité, créer une forte cohésion surtout dans les cas les plus violents, et parvenir ainsi à garantir au sein de l'établissement un niveau de sécurisation qui permette de travailler sereinement.[28] Cela apparaît d'autant plus important que l'ONVS constate que les agents des services de sécurité incendie intègrent de plus en plus des missions de sûreté des personnes et des biens par la force des choses, comme le montre la diversité des signalements retranscrits : voir III. Divers focus. Les agents de sûreté et de sécurité : un travail indispensable au bon fonctionnement des établissements, page 110.

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

> ✓ **Remarque 11** **L'épuisement et la souffrance psychologique face à des situations difficilement gérables sur le long terme.** L'épuisement professionnel et la lassitude face à des comportements violents touchent de plein fouet les personnels qui font part d'un découragement dans les signalements. Un sentiment d'impuissance est révélé et donc un sentiment d'échec face à la mission de soin. Une des réponses dans ce soutien, comme l'ONVS a pu le constater dans certains établissements, consiste aussi pour la DRH à proposer une mobilité au sein des diverses structures de leur établissement avec parfois une formation à la clé. Cela évite que le professionnel reste toujours au même endroit avec les risques inhérents que cela peut engendrer (dont de la maltraitance involontaire) et la démotivation qui peut s'ensuivre. Cela permet à l'agent d'envisager de nouvelles perspectives professionnelles.

La part d'intervention des forces de l'ordre est relativement peu élevée. En ce qui concerne les atteintes aux personnes, si cette intervention concerne des cas graves, il arrive également que les forces de l'ordre interviennent pour régler des conflits (groupes, menaces, personne interdite de

[27] Signalement ayant donné lieu à dépôt de plainte et à une condamnation, voir chapitre décisions de justice, page 72.
[28] Certains établissements, outre une formation pour faire face à l'agressivité verbale et physique, font suivre à leurs agents sécurité-sûreté une formation d'Agent de Médiation Information Services (AMIS), titre professionnel de niveau V.

visite en maternité, etc.). Les personnels dans les cas très graves doivent gérer ce temps entre les faits et l'arrivée des forces de l'ordre qui ont été appelées. On notera également un grand nombre de signalements concernant tout l'intérêt de la présence des forces de l'ordre dans les établissements, permettant de mettre fin à des débordements : voir III. Divers focus. L'impact positif de la présence pour autre cause des forces de l'ordre dans les établissements, page 130.

> ✓ **Remarque 12** **Délais d'intervention des forces de l'ordre et déplacements.** Des rencontres sur site et des signalements, il ressort que les délais d'intervention sont parfois très longs à la suite d'un appel pour une situation que les personnels de santé ou encore les agents de sécurité considèrent comme dangereuse pour eux-mêmes ou pour autrui. Ces personnels font part également de refus d'intervention ou encore de décisions difficilement compréhensibles de ne pas voir conduit au commissariat de police ou à la brigade de gendarmerie la personne qui a été arrêtée, de refus de prise de plainte ou de la prise d'une main courante uniquement alors que l'agent a bien été menacé ou outragé.
>
> Afin de résoudre l'ensemble des difficultés, parfois sources de tension entre les établissements et les partenaires institutionnels chargés de l'ordre public et des poursuites, l'ONVS insiste à nouveau sur l'intérêt de bien envisager l'ensemble des thématiques à régler lors de la mise en place de la « convention santé-sécurité-justice »[29]. Cette convention a vraiment pour but de favoriser une connaissance mutuelle et pragmatique permettant de découvrir le quotidien, les impératifs et les difficultés des uns et des autres et de faciliter les interventions pour la meilleure efficacité possible.

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

- « ***Patiente*** *dans salle d'attente accueil médico chirurgical* ***brandissant un couteau, désarmée par un autre patient,*** *évacuée par police vers urgences psy centre hospitalier.* » (Unité de soins, CH)

- « *Le manipulateur radio prend un patient adressé par les urgences pour dyspnée. Un patient qui n'a pas rdv, l'apostrophe "oh, quand je fais ma radio, moi ?", le manip. lui dit bonjour et qu'il doit s'occuper d'un patient qui vient des urgences et qui est donc prioritaire. Il me répond "je m'en bats les c… de ton bonjour, je veux que tu me fasses la radio maintenant " et se met devant le patient, que le manip. est en train de pousser en fauteuil, pour lui bloquer le chemin. Il le menace et s'approche de lui.* ***Intervention du fils d'un autre patient qui s'interpose et lui dit d'arrêter.*** *Insultes et menaces de mort, dit qu'il va revenir avec des collègues, qu'il va le planter avec un couteau et qu'il a intérêt à faire attention à lui.* » (Radiologie)

[29] Voir note 8, page 8. Pour un exemple de convention cadre signée par l'ARS Normandie, la préfecture de Rouen, les parquets généraux de Rouen et de Caen (9 avril 2019) : https://solidarites-sante.gouv.fr/dgos-onvs-documentation-pratique

II.5 Les suites données

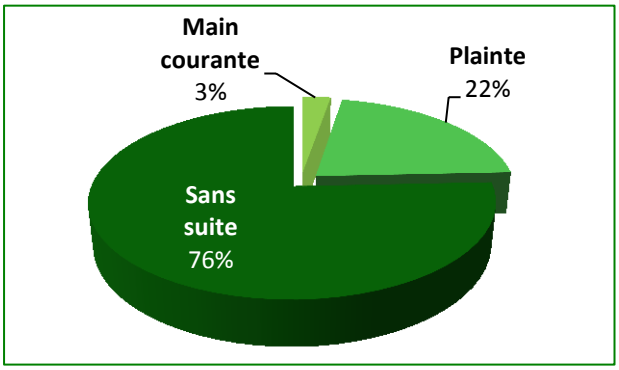
Les signalements de violence par les établissements ont donné lieu :
à 2 066 plaintes et à 260 mains-courantes, dont 508 plaintes et 48 mains courantes déposées par les établissements eux-mêmes.

43,6% des plaintes (soit 902) concernaient des faits d'atteintes à la personne :
- ✓ 170 pour des faits de niveau 1 (injures, etc.),
- ✓ 216 pour des faits de niveau 2 (menaces, etc.),
- ✓ 466 pour des faits de niveau 3 (violences volontaires, etc.),
- ✓ 50 pour des faits de niveau 4 (violences avec arme, etc.).

Tableau 17. et graphique 22.
Suites données aux signalements de violence

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

Mains-courantes	260
Plaintes	2 066
Signalements n'ayant donné lieu à aucune démarche judiciaire	7 240
TOTAL	**9 566**



Il faut relativiser d'autant plus ces données que dans 59 % des cas (soit 13 794 autres signalements) les suites données ne sont pas renseignées par les établissements.

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

Sur les 2 066 plaintes, les suites sont ignorées pour 1 130 d'entre elles (54,7%).

Sur les 160 plaintes dont les suites sont renseignées et connues par les établissements, on compte :
- ✓ 22 condamnations à des peines d'emprisonnement dont 18 pour des atteintes aux personnes ; 7 des violences de niveau 3 et 4 de niveau 4,
- ✓ 5 condamnations à des peines d'amende,
- ✓ 8 rappels à la loi.

> ✓ **Remarque 13** **Déposer plainte ou non contre un patient violent en psychiatrie ?** L'ONVS renvoie au rapport 2018 (données 2017), pp. 42-43, ✓ Remarque 9,[30] et au chapitre ci-après.

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

II.6 Décisions de justice

Ce chapitre relate quelques suites pénales des dépôts de plainte ayant abouti à des condamnations pénales et civiles des auteurs de violence rendues en 2018.[31] La réponse pénale tient compte de la personnalité de l'auteur, du type d'infraction et de la personnalité de la victime.

Il importe que les personnels déposent plainte afin qu'ils soient restaurés dans leurs droits mais aussi dans leur dignité car l'humiliation et l'injustice subies par une agression génèrent souvent des sentiments de honte, et de résignation chez la victime. Il est fréquent qu'elle ressente également une impression de solitude, d'où l'importance pour les établissements de rappeler et d'expliquer à leurs personnels l'existence de la protection fonctionnelle (fonction publique)[32] ou de la protection juridique (secteur privé),[33] dispositifs de soutien encadrés, qui sont de droit. Dans une circulaire de décembre 2000,[34] la DGOS en rappelait déjà l'importante et l'information qui devait être faite pour la porter à la connaissance des personnels. Il revient ensuite à la victime de la demander.

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

Les infractions qui ressortent des cas présentés sont :

- **la menace de commettre un crime ou un délit**[35] contre les personnes ou les biens proférée à l'encontre […] de toute autre personne chargée d'une mission de service public ainsi que d'un professionnel de santé, dans l'exercice de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur (art. 433-3 al. 2 du CP), ou en cas de menace proférée à l'encontre du conjoint, des ascendants ou des descendants en ligne directe des personnes

[31] Les faits peuvent avoir été commis parfois antérieurement à 2018. L'anonymat des personnes et des établissements est respecté.

[32] **À PROPOS DE LA PROTECTION FONCTIONNELLE.** « *L'agent public bénéficie de la protection fonctionnelle s'il est victime d'une infraction à l'occasion ou en raison de ses fonctions.* ***L'administration doit protéger l'agent, lui apporter une assistance juridique et réparer les préjudices qu'il a subis.*** *La demande de protection fonctionnelle doit être formulée par écrit auprès de l'administration employeur à la date des faits en cause.* »
Source https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F32574
À noter que pour le Conseil d'État « *le principe général du droit consacrant le "droit à la protection" de l'État pour les agents publics prévaut sur les règles de réparation des accidents du travail. Par conséquent, l'employeur public doit réparer le préjudice subi par le praticien hospitalier dans le cadre de ses fonctions.* » Source : La lettre de la DAJ n° 234, 20 juillet 2017, questions sociales, ministère de l'économie et des finances, ministère de l'action et des comptes publics, secrétariat d'état au numérique. https://kiosque.bercy.gouv.fr/alyas/msite/view/lettre-daj/7623
Conseil d'État, 5e – 4e chambres réunies, 30 juin 2017, n° 396908.
https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do?oldAction=rechJuriAdmin&idTexte=CETATEXT000035091488&fastReqId=885819323&fastPos=1

[33] **À PROPOS DE LA PROTECTION JURIDIQUE.** Voir la décision Cour de Cassation, Civile, Chambre Sociale, 5 juillet 2017, 15-13.702, et un commentaire rapportant un alignement de plus en plus proche sur les conditions de la fonction publique.
https://www.actualitesdudroit.fr/documents/fr/jp/j/c/civ/soc/2017/7/5/15-13702
https://www.actualitesdudroit.fr/browse/social/contrat-de-travail-et-relations-individuelles/8691/prise-en-charge-par-l-employeur-des-frais-de-defense-penale-d-un-salarie-poursuivi-pour-des-faits-lies-a-l-exercice-de-ses-fonctions

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

[35] À la différence de l'article 222-17 du CP qui réprime les menaces contre les particuliers, l'article 433-3 du CP n'exige ni réitération, ni matérialisation par un écrit, une image ou tout autre objet. Ce point est parfois source d'achoppement lorsque des professionnels de santé vont déposer plainte auprès des forces de l'ordre à la suite de menaces physiques ou de mort proférées dans l'exercice de leurs fonctions ou en raison de leur qualité apparente connue de l'auteur.

mentionnées aux deux premiers alinéas ou de toute autre personne vivant habituellement à leur domicile, en raison des fonctions exercées par ces personnes (art. 433-3 al. 3 du CP). La peine est aggravée (cinq ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende) en cas de menace de mort ou de menace d'atteinte aux biens dangereuse pour les personnes (art. 433-3 al. 5 du CP),

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

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

• **l'arrestation, l'enlèvement, la séquestration ou la détention arbitraires** (art. 224-1 et s. du CP),

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

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

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

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

• harcèlement moral et/ou sexuel (art. 222-33 du CP ; art. 222-33-2 du CP ; art. 222-33-2-2 du CP),[36]

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

Il est rappelé que le fait pour un auteur d'être sous l'emprise manifeste de l'alcool ou de produits stupéfiants ne constitue pas une circonstance atténuante mais une circonstance aggravante[37].

<u>Décisions concernant principalement des atteintes aux personnes parfois avec arme</u>

Extérieur de l'établissement

• « 2 individus tentent d'entrer de force dans l'enceinte d'un hôpital en voiture sans raison valable ou motif avéré. S'en suivent avec 4 agents de sûreté de violentes disputes, des menaces de mort et des insultes, l'usage d'une arme à feu contre l'un des agents sans l'atteindre. Les 4 agents de sûreté ne les laissant pas passer, l'un des individus, descendu de véhicule y remonte, fait marche arrière et percute de plein fouet le poste de sécurité (guérite) qui recule de 1,50 mètre. De gros dégâts sont occasionnés. Les 2 individus seront interpellés ultérieurement par les enquêteurs de

[36] **Art. 222-14-3 du code pénal :** « *Les violences prévues par les dispositions de la présente section* [violences] *sont réprimées quelle que soit leur nature,* ***y compris s'il s'agit de violences psychologiques.*** »
[37] C'est les cas par exemple en ce qui concerne les violences ayant entraîné ou non une ITT de plus de 8 jours (art. 222-12 et art. 222-13 14° du code pénal) ainsi que pour les viols (art. 222-24 12° du code pénal) ou encore pour les agressions sexuelles autres que le viol (art. 222-28 8° du code pénal) et celles commises sur un mineur de quinze ans (art. 222-30 7°).

police (une arme sera saisie). L'un est mis en détention provisoire (le tireur et conducteur). Dépôt de plainte des 4 agents et de l'établissement. Le tribunal a reconnu les deux mis en cause coupables des faits et les a condamnés solidairement à indemniser les agents. Le tireur et conducteur a été condamné à 7 ans de prison ferme, l'auteur des menaces de mort à 6 ans de prison ferme. Le jugement sur les intérêts civils est renvoyé à une audience ultérieure. » (extérieur établissement, CH)

- « Un individu en état d'ébriété conduisant une camionnette a forcé l'entrée d'un établissement hospitalier. Le premier agent de sécurité est violemment saisi par le cou lors de son intervention. Alors qu'un second agent se porte à son secours, il reçoit un coup de poing au visage. Avec le concours d'un troisième agent également violemment pris à parti et menacé de mort, ils parviennent à maîtriser l'individu dans l'attente des forces de police. Les trois agents de sécurité ont déposé plainte et se sont constitués partie civile. Deux se sont vu délivrer une ITT de 5 et 4 jours. L'individu, non présent à l'audience du tribunal de police, a été condamné à verser 800 euros au premier agent, 1 700 euros au second et 500 euros au troisième. » (extérieur établissement, CH)

Urgences et autres secteurs

- « Un ancien détenu en aménagement de peine (bracelet électronique) se présente aux urgences avec une blessure bénigne par arme à feu. S'en prend violemment d'abord verbalement puis physiquement au personnel soignant et médical et est parti en proférant des menaces de mort. Le patient s'est enfui avant l'arrivée des forces de l'ordre. Une IDE a reçu un coup de poing dans le visage, une AS projetée contre un mur et un IDE et un médecin bousculés. Tous les personnels concernés et l'établissement ont déposé plainte. […] Après son interpellation par les forces de l'ordre, en comparution immédiate et après renvoi, l'individu, qui avait été placé en détention en attente de son jugement, a été condamné à 15 mois de prison dont 10 mois fermes […]. »

On retiendra que le directeur de l'établissement et la directrice des soins étaient présents à l'audience en soutien à leur personnel et que la presse a relayé les mots du procureur de la République qui s'est déclaré très attentif à poursuivre les auteurs d'actes de violence à l'encontre des équipes des urgences.

- Tentative d'évasion d'un détenu venu pour des soins. Sa femme attend incognito dans la salle d'attente la fin de la visite afin de l'aider à s'évader. Elle profite de la sortie de son mari allant au véhicule de la pénitentiaire pour asperger les agents de la pénitentiaire puis les braque avec une arme de poing. Elle donne l'arme au détenu et tous deux fuient. L'homme est poursuivi par deux agents de sécurité de l'hôpital et un aide-soignant, et fait feu vers ses poursuivants. Il finit par se réfugier dans un hall d'immeuble. La police avertie l'interpelle. La femme sera interpellée ultérieurement. Plainte des victimes, instruction ouverte. L'homme a été condamné à 5 ans de prison et la femme à 18 mois de prison ferme. »

- Une patiente alcoolisée veut sortir des urgences sans signer de décharge. Son fils, présent à ses côtés raisonne sa mère, mais quand le personnel soignant veut poser des contentions, mère et fils, lui aussi alcoolisé, commettent des violences sur un médecin (coups de poing au visage, griffures sur les bras), la mère s'agrippe aux cheveux d'une AS au point qu'elle aura un décollement du cuir chevelu, un hématome, une entorse cervicale et des griffures sur le corps. Le couple profère des menaces de mort. Un équipage de police procède sur place à leur interpellation. L'AS se verra délivrer une ITT de 4 jours, sauf complication, aura 131 jours d'AT assortis de soins, Le médecin se verra délivrer 3 jours d'ITT et aura 3 jours d'AT. En comparution immédiate, la mère et le fils sont condamnés pour violences volontaires aggravées, respectivement à 12 mois de prison avec sursis, mise à l'épreuve de 2 ans et obligation de soins ; et 9 mois de prison ferme avec mandat de dépôt à l'audience, révocation d'un sursis de 3 mois pour des faits similaires, et 1 500 € pour le préjudice moral.

- Violences volontaires, avec plus de 8 jours d'ITT, menace de mort réitérées sur une IDE de l'établissement par son ex-ami, en état d'ivresse et dégradation de biens publics (porte d'entrée et saccage d'un appartement de l'établissement). Dépôt de plainte de la victime et constitution de partie civile de l'établissement. L'individu, en comparution immédiate est condamné à 18 mois de prison dont 12 mois avec sursis et mise à l'épreuve de deux ans, obligation d'exercer une activité professionnelle, de suivre un enseignement ou une formation professionnelle, de se soumettre à des mesures de contrôle de traitement et soins médicaux, de réparer les dommages. **Interdiction de paraitre dans certains lieux dont le domicile de la victime et de rentrer en relation avec elle.** Réparation du préjudice pour la victime et du préjudice matériel pour l'établissement. Rejet par le tribunal du préjudice moral pour l'établissement.

> ✓ **Remarque 14** **Pour des faits graves, des établissements demandent et obtiennent en peine complémentaire l'interdiction pour l'auteur de paraître dans leur établissement ou encore d'entrer en contact avec la victime**.

- « Une patiente alcoolisée se présente pour faire soigner des scarifications sur le bras. Elle se met subitement à crier et affole les patients en salle d'attente. Son mari s'approche pour expliquer que cela fait plusieurs jours qu'elle est comme ça et qu'il n'en peut plus. Une IDE qui l'avait prise en charge une semaine auparavant, sort de l'accueil, demande au mari de s'éloigner. La femme sort alors un flacon de parfum de son sac, elle le casse sur le rebord de l'accueil, se scarifie et donne un violent coup au visage de l'IDE, entraînant une plaie profonde de la joue. Dépôt de plainte de la victime et de l'établissement. En comparution immédiate, la patiente a été condamnée à 1 an de prison avec sursis et une mise à l'épreuve de 2 ans avec obligation de soins psychiatriques. Indemnisation de sa victime. »

- « À l'arrivée, enfant douloureux, installé de suite après la prise de constantes. Au bout de 20 minutes, le papa s'énerve sur l'interne pour lui dire que son enfant ne va pas bien et colle un coup de poing à l'interne, qui tombe au sol en se cognant la tête. L'interne est au sol à demi-inconscient et saigne pendant que le père continue de l'insulter. Une maman assiste à la scène, nous appelle et nous appelons la sécurité qui intervient de suite et appelle la BAC, qui arrive 5 minutes après l'appel. L'interne est vu par les chirurgiens de garde des urgences adultes. Le père est emmené par la police au commissariat. Dépôt de plainte de la victime et de l'établissement. Auteur condamné à 18 mois de détention dont 8 mois avec sursis avec mise à l'épreuve. »

- « Un S.D.F. connu des urgences pour ses excès de violences. Il est demandé aux agents de sécurité d'intervenir et de raccompagner l'intéressé hors de l'établissement. Lors de cette intervention, un agent aura sa veste déchirée et recevra des coups. Les agents de police présents sur place ont interpellé l'intéressé qui a été placé en garde à vue. Plainte de la victime. Déféré le lendemain en comparution immédiate. Peine de 6 mois de prison ferme. »

Trois cas pour apologie d'acte de terrorisme.

- « Un individu se présente au sein des urgences. Celui se trouve être virulent et agressif envers le personnel soignant. Il déclare à une IDE qu'il va lui arracher la tête, que c'est une sale p… et qu'il va la choper à la sortie de son travail. L'équipe sécurité intervenant rapidement. Il les menace et déclare "qu'il comprenait DAECH, qu'il ne fallait pas s'étonner de subir des attentats et que DAECH avait raison." Devant la menace de l'individu et le contenu de ses déclarations nous faisons appel à la police. Individu interpellé. Plainte de l'infirmière puis du responsable sureté et de l'établissement. En comparution immédiate il est condamné à 6 mois de prison et à une obligation de soins pour son addiction au cannabis. Il doit verser des dommages-intérêts à la victime. »

- « 3 individus se présentent aux urgences, ils déclarent avoir subi des jets de bombe lacrymogène. Devant l'attente l'un d'entre eux s'énerve et déclare n'avoir peur de personne ni même de la police, il s'en prend alors à l'infirmière de l'accueil en la menaçant de la suivre chez elle, de la tuer en lui tranchant la gorge et qu'il n'avait pas à parler a une femme. L'équipe de sécurité arrivant sur place l'individu prend la fuite avec ses comparses abord d'un véhicule. Le signalement effectué aux forces de l'ordre, celui-ci se trouve être interpellé en fin de matinée. Plainte de l'infirmière et de l'établissement. En comparution immédiate l'individu est condamné à 15 mois de prison ferme et interdiction du territoire national. »

- « Appels téléphoniques vers la sécurité, de plusieurs personnels et responsables de services pour nous signaler qu'ils ont été agressés verbalement, avec menace de mort et de viol, de la part d'un individu venu rendre visite à une patiente. Que cette personne a donné des coups de pieds contre les murs et a crié par deux fois "Allah Akbar" suivi de "boum". Visiteur ayant terrorisé le personnel hospitalier en proférant des menaces de mort à caractères terroriste. Le centre hospitalier a demandé l'intervention de la police nationale et a porté plainte. En comparution immédiate l'individu a été condamné à 6 mois de prison ferme. »

Psychiatrie

- Un détenu prend en otage dans un bureau d'un centre de détention une IDE d'un établissement public de santé mentale, qui assure des vacations dans ce centre. Il la bouscule et la menace de mort en lui plaçant sous la gorge une lame de rasoir montée sur un manche en plastique. Il demande à être transféré dans un autre établissement pénitentiaire. La séquestration, qui a duré trois heures, se termine avec l'intervention de l'ERIS [unité d'intervention de l'administration pénitentiaire] et du RAID [unité d'intervention de la police nationale]. Le détenu est en état de récidive légale. Plainte de la victime. Non blessée physiquement mais choquée, elle se voit attribuer une ITT de 20 jours. Elle se constitue partie civile. L'EPSM dépose plainte et se constitue partie civile (il demande réparation de son préjudice au titre du remplacement de son agent, de son préjudice au titre de la désorganisation du service et de son préjudice moral). Sur l'action publique, le tribunal, qui a ordonné une expertise psychiatrique du mis en cause, le condamne à une peine de 6 ans de prison, ordonne une expertise médicale pour la victime. Sur l'action civile, le tribunal condamne le mis en cause à verser 2 000 € à la victime à titre d'indemnité provisionnelle à valoir sur les préjudices subis par la partie civile et le condamne à verser au centre hospitalier 4 000 euros à titre d'indemnité provisionnelle à valoir sur les préjudices subis par la partie civile, déboute le CH de sa demande de dommages-intérêts en réparation du préjudice moral (le centre avait demandé 1 euro). L'audience sur les intérêts civils est renvoyée à une date ultérieure.

Pour un jugement avec expertise psychiatrique évoquant l'altération du discernement.[38]

- Un ancien patient, devenu majeur, d'une unité de soins pour adolescents située sur le site d'un EPSM, s'introduit dans l'unité muni d'un katana et dans une tenue avec laquelle il dissimule son visage. Il menace une éducatrice de l'équipe soignante qui se trouve devant lui. En entendant les cris de cette dernière, l'ensemble des personnels alors en réunion intervient et maîtrise le patient au sol. Le service sécurité du centre hospitalier est appelé en renfort ainsi que la Police. Plainte de 4 des professionnels (dont 3 IDE) et de l'établissement, qui se constituent partie civile. Les victimes se

[38] **Art. 121-1 du CP. « *N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes.***
La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable. Toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime. Si est encourue une peine privative de liberté, celle-ci est réduite du tiers ou, en cas de crime puni de la réclusion criminelle ou de la détention criminelle à perpétuité, est ramenée à trente ans. La juridiction peut toutefois, par une décision spécialement motivée en matière correctionnelle, décider de ne pas appliquer cette diminution de peine. Lorsque, après avis médical, la juridiction considère que la nature du trouble le justifie, elle s'assure que la peine prononcée permette que le condamné fasse l'objet de soins adaptés à son état. »

voient attribuer des ITT de 5 et 3 jours. En comparution immédiate, le tribunal, qui ordonne une expertise psychiatrique, place le mis en cause en détention provisoire en attente du résultat. Le tribunal, reprenant l'expertise, constate « *l'altération du discernement du prévenu* » et le condamne pour violences volontaires avec trois circonstances aggravantes : usage ou menace d'une arme, dissimulation du visage pour ne pas être identifié, sur une personne chargée d'une mission de service public. Il est condamné à 2 ans de prison dont 12 mois avec sursis, à un suivi socio-judiciaire pour 5 ans avec injonction de soins, une interdiction de détenir ou porter une arme soumise à autorisation pour une durée de 5 ans et **une interdiction de paraître dans certains lieux, dont l'unité en question et d'entrer en relation avec les victimes de l'infraction.** L'audience sur les intérêts civils est renvoyée à une date ultérieure.

- Un majeur protégé, pour lequel de nombreux signalements ont été faits, est venu à la régie de l'établissement réclamant plus d'argent pour aller s'installer ailleurs. Il vient d'être mis dehors de son logement. Il lui a été dit de repasser à la permanence le lendemain pour faire une demande (procédure habituelle). Refusant d'attendre, il profère des menaces de mort à l'encontre des agents du service disant qu'il reviendra les tuer. Plainte des agents. En comparution immédiate, l'individu est condamné à 3 mois de prison avec mise à l'épreuve de deux ans et obligation de soins psychiatriques. Condamné au versement d'indemnités au titre du dommage moral. L'audience sur les intérêts civils est renvoyée à une date ultérieure.

<u>Atteintes aux biens dans l'établissement ou sur les extérieurs</u>

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

- « Un patient sorti contre avis médical a dérobé un sac à dos du SMUR rangé dans le local pharmacie des urgences (coté déchoquage). L'individu a été arrêté par les services de police dans le métro de [telle ville]. Après inventaire du sac il manque : La trousse antalgique (1 dose de 1 g et une pochette de 500 mg), la trousse sonde intubation enfant, la trousse sonde intubation adulte, la trousse aérosol, le BAVU, la trousse à toxique (3 ampoules de morphine 10 mg, 2 ampoules de kétamine 50 mg, 1 ampoule de kétamine 250 mg, 2 ampoules de sufentanil 250 mg). Convocation ultérieure en justice. Le tribunal correctionnel a condamné l'individu à une peine de 4 mois d'emprisonnement (aménageable). En outre, la juridiction a déclaré recevable la constitution de partie civile de l'hôpital et a condamné le mis en cause à verser : 150 € de dommages-intérêts au titre du préjudice matériel et 600 € sur le fondement de l'article 475-1 du code de procédure pénale (frais d'avocats et de procédure). »

- Dans la nuit, un individu énervé par l'attente aux urgences lance son vélo contre la porte coulissante des Urgences (HS), il s'introduit également dans un bureau de consultation du service de gynécologie, le saccage (table d'examen hors service…) et ressort par la fenêtre. L'enquête permet de rapidement retrouver l'individu, qui a des antécédents judiciaires. Dépôt de plainte de l'hôpital avec constitution de partie civile. En comparution immédiate, il est condamné à un an de prison, dont 6 fermes, 18 mois de mise à l'épreuve, obligation de soins. Mandat de dépôt à l'audience.

- « Un patient mécontent revient aux urgences et jette un cocktail Molotov sur l'entrée du service. Dépôt de plainte de l'établissement. Après exploitation de la vidéo-surveillance+++, il sera interpellé 10 jours plus tard par la Police et présenté en comparution immédiate. Il a été condamné à 8 mois de prison ferme et 1 000 €. »

III. DIVERS FOCUS

Les services de psychiatrie [39]

La psychiatrie recense 19,3% de l'ensemble des atteintes aux personnes signalées. Parmi ces atteintes 57% sont des violences verbales (51% en 2017) et 43 % des violences physiques (49% en 2017). V. tableaux 7 et 8, pp. 24-25. Le personnel hospitalier est victime dans plus de 8 cas sur 10. Il s'agit d'un secteur où le personnel est particulièrement exposé aux agressions physiques avec ou sans arme, aux menaces et aux abus verbaux et aux dégradations de biens. Le plus souvent les atteintes sont liées à la pathologie des patients. Cette violence s'exprime dans les entités psychiatriques comme les CMP, les hôpitaux de jour, les UMD et les UHSA.

4 229 signalements ont été déclarés en psychiatrique pour 3 931 atteintes aux personnes et 874 atteintes aux biens (des faits peuvent regrouper cumulativement les deux atteintes). C'est donc une diminution globale du nombre de signalements (4 401 en 2017) avec une baisse pour les atteintes aux personnes (4 128 en 2017) mais une augmentation du nombre d'atteintes aux biens (695 en 2017).

Les professionnels sont investis et conscients de la particularité de cette discipline, et ils sont également conscients de leur exposition et de leur vulnérabilité. En revanche, la perception de la violence n'est toutefois pas la même pour tous. Il apparaît clairement, au regard des signalements recueillis et des visites effectuées, que le seuil de tolérance est différent selon les individus, le type de violences exercées, l'ancienneté dans le service, la composition et la cohésion des équipes. Il convient aussi de détecter le manque d'expérience d'un jeune professionnel ou l'usure d'un professionnel sur un poste pour toutes sortes de cause, dont la violence. Il peut être alors opportun de proposer une formation d'adaptation, de remise à niveau, éventuellement pour un autre poste dans un autre secteur, d'autant qu'en ce qui concerne l'usure, un professionnel peut ne pas s'en rendre compte.

- « *Lors d'une crise clastique, l'enfant a agressé verbalement et physiquement à l'aide d'un bâton les personnels présents. L'enfant a tenté de fuguer du service, se mettant en danger. Les personnels touchés ont pu se plaindre de douleurs physiques* ***mais aussi je constate une détérioration de l'état psychique et de disponibilité du personnel au vu de la violence actuelle dans le service.*** »

- « ***La prise en charge de ce patient est quasi tous les jours difficile car il tape, donne de forts coups de pied et griffe, mais au fait de sa pathologie nous acceptons ces actes. Cependant, à ce jour, au vu du service plus que difficile que ce soit sur (telle unité], il nous est de plus en plus***

[39] « *La psychiatrie présente des caractéristiques spécifiques par rapport aux autres disciplines médicales : faible place des actes techniques, nombreuses structures extrahospitalières, prises en charge récurrentes et diversifiées, etc. L'offre de soins en établissements de santé se structure autour de trois types de prise en charge : à temps complet, à temps partiel et ambulatoire. La prise en charge à temps complet s'appuie essentiellement sur les 57 000 lits d'hospitalisation à temps plein, celle à temps partiel sur les 29 000 places d'accueil en hôpital de jour ou de nuit. La prise en charge ambulatoire, réalisée majoritairement en centre médico-psychologique, est la plus courante.* »
« *Les patients en psychiatrie bénéficient le plus souvent d'une prise en charge ambulatoire : 80 % des patients reçus au moins une fois dans l'année sont pris en charge exclusivement sous cette forme. En 2016, plus de 21 millions d'actes ont ainsi été réalisés, notamment dans les 3 800 unités de consultation et CMP, considérés comme les pivots du dispositif ambulatoire. Les équipes de psychiatrie interviennent également dans d'autres lieux que les CMP. Ainsi, 14 % des actes sont réalisés dans les CATTP, 7 % à domicile ou en institutions substitutives au domicile, 5 % en unités d'hospitalisation somatique et 3 % en établissements sociaux, médico-sociaux ou encore en milieu scolaire ou en centres de protection maternelle et infantile (PMI).* »
« *Le nombre de places en hôpital de jour et en hôpital de nuit s'élève à 29 000 en 2016, auquel il convient d'ajouter l'activité des 319 ateliers thérapeutiques. Au total, l'activité d'hospitalisation à temps partiel comptabilise 5,2 millions de journées.* »
Source : *Panorama des établissements de santé,* Édition 2018, p. 90, DREES.
http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/es_2018_v4_web.pdf

inacceptable d'accepter cette violence. *Ce matin encore le patient nous a donné des coups et tenté de griffer lors du bain, du petit déjeuner et déjeuner. Alors que ma collègue tente de le faire remonter dans le service car il se tapait violemment, elle reçoit deux coups de pied violents dans les tibias. Apres le repas, il attrape un autre patient qu'il griffe puis jette la table sur laquelle il mangeait. Nous le remettons en chambre avec l'aide d'un drap pour l'envelopper et tenter de le canaliser.* »

On notera avec intérêt l'analyse ci-dessous recueillie par l'ONVS lors de l'un ses déplacements.

> ✓ **Remarque 15** **De quelques déterminants de l'agressivité en milieu de soins hospitalier psychiatrique et de la façon de pouvoir y remédier.** La question de l'harmonie des pratiques soignantes est essentielle à la cohérence des réponses apportées aux patients. Il ne s'agit pas de standardiser ou d'uniformiser des pratiques mais de les harmoniser. Le projet de soins de la personne soignée est le fil rouge de la pratique soignante tout comme le projet médical de l'unité et du pôle.
>
> Le niveau d'appropriation de ces projets est un indicateur essentiel. Le management facilite cette appropriation et veille à maintenir la cohérence. L'analyse des pratiques et la supervision sont des vecteurs importants pour favoriser la notion de groupe soignant et le respect des bonnes pratiques et notamment de l'éthique.
>
> La question des attendus est également essentielle. Chaque acteur doit connaitre ses missions au sein du groupe ainsi que les compétences attendues. L'autonomie ne doit pas être confondue avec l'isolement ou l'anarchie. Il faut donc veiller à la qualité du recrutement, de l'affectation puis de l'intégration. Cela favorise un climat serein, une bonne identité groupale et par conséquent le maintien d'un savoir-faire collectif qui donne à la personne soignée des repères et une confiance nécessaire à l'alliance thérapeutique.
>
> Le règlement institutionnel est également un élément qui soutient l'action soignante et permet au patient de ne pas voir dans les décisions soignantes des formes arbitraires ou injustes.
>
> Les systèmes hospitaliers travaillent sur la gestion de la crise mais pas assez sur l'analyse des facteurs qui favorisent celle-ci. La lecture systémique aide les acteurs à comprendre l'impact des organisations, du management, du climat au sein de l'équipe sur les personnes soignées. **Le suivi des personnes agressées à plusieurs reprises devrait comporter de l'analyse de pratiques et une forme de coaching ou tutorat.**[40]

L'effet de surprise de certaines violences peut être dû à de nombreux facteurs : pathologie du patient, climat qui existe dans le service, relations avec le personnel ou entre patients, des refus divers qui engendrent des contrariétés dénommées souvent « frustrations ».[41] Il est possible parfois de sentir venir l'agression. À d'autres moments ce n'est pas le cas.

Les équipes soignantes sont confrontées à de fréquents moments de violence. Si le partage d'expérience et la transmission du savoir sont essentiels, notamment des plus expérimentés vers les plus jeunes pour acquérir la vigilance et les réflexes permettant d'éviter les actes violents ou de savoir les parer, il apparaît indispensable que les personnels suivent aussi une formation pratique à la

[40] Voir également le document de la HAS « *15 programmes d'amélioration des pratiques, violence en hospitalisation psychiatrique* », août 2016.
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-10/15_programmes_violence_hospi_psy_cd21092016_v0.pdf

[41] Voir le développement de ces deux points envisagés sur l'ensemble des secteurs dans III. Divers focus. Les intolérances à la « frustration » et leurs manifestations, page 115 ; L'imprévisibilité et la soudaineté des violences, page 120.

gestion des violences verbales et physiques et à la communication, formation qui nécessite d'être réactualisée pour être la plus efficiente possible.

La mise en place de cellules de soutien psychologique, d'analyse des violences, les recadrages administratifs effectués par la direction, l'utilisation des pouvoirs de police du directeur de l'établissement (respect des « conditions de séjour » comme l'expose le code la santé publique), les recadrages effectués par le médecin et l'équipe d'encadrement sont indispensables mais pas toujours suffisants.

- « *Le patient est assis dans le commun avec tous les autres patients. Il passe à l'acte par étranglement sur un autre patient, sans aucune raison apparente. Une fois que nous avons réussi à le faire lâcher, nous l'avons amené en chambre d'apaisement pendant 15 mn, en lui expliquant que c'était interdit de faire ce qu'il a fait. Après 15 mn de chambre d'apaisement, nous sommes allés le faire sortir. Il nous dit avoir compris que son geste n'était pas correct. Calme par la suite.* »

- « *Patient recadré avec une collègue par rapport à une altercation et à son comportement envers un autre patient, le patient me menace alors de mort (je vais te tuer toi) saisi son déambulateur et me le jette dessus, l'objet reçu dans les jambes au niveau des genoux.* »

> ✓ **Remarque 16** **Déposer plainte ou non contre un patient violent en psychiatrie ?** La réticence à déposer plainte est certainement plus forte encore que dans d'autres spécialités. À ce propos, l'ONVS renvoie au rapport 2018 (données 2017), pp. 42-43, ✓ Remarque 9,[42] et au chapitre précédent concernant les exemples de dépôt de plainte et les suites judiciaires.

Il est difficile de connaître les raisons qui poussent certains patients à de la violence contre les personnels.

- « *À 8h, un patient de [telle unité], Monsieur X, s'en est pris à un autre patient du service et l'a roué de coups de poings. X a été mis en chambre d'apaisement et un si besoin lui a été administré. Le psychiatre a été averti et s'est déplacé rapidement. Il a reçu X en entretien. Ce dernier ne critique pas son geste, et menace de se faire du mal si le psychiatre n'accède pas à sa demande. Suite au refus du psychiatre, X tape du poing sur la table, se lève, et commence à frapper le médecin, attrape une chaise et la lui lance, et continue à le frapper. À l'arrivée de renforts, le patient continue de frapper et est difficilement contenu.* »

- « *Patiente qui est rentrée dans le bureau brutalement et a projeté l'écran de l'ordinateur sur le visage de l'infirmière qui se trouvait derrière.* »

- « *Patient fait irruption à plusieurs reprises dans le bureau médical pendant un entretien avec une autre patiente, puis pénètre dans l'office alimentaire de l'unité de soins. Le patient est prié de sortir, au moment de fermer la porte, il donne un coup à l'infirmière au niveau du visage.* »

Cette violence nécessite parfois de demander l'intervention des forces de l'ordre.

- « *Patient (allié à un autre patient) dans la revendication, opposant, persécuté par la psychiatrie, refuse de respecter le cadre de l'unité et s'oppose de rentrer à l'intérieur du service après la cigarette du soir. Malgré les négociations, le patient profère des menaces de mort à l'égard des membres du personnel ("vous allez payer, je me défendrai jusqu'à ce qu'il y ait du sang qui coule"). Intervention du médecin de garde dans un premier temps, puis en concertation, appel aux forces de l'ordre pour un rapatriement en chambre.* »

- « ***Un individu tente d'étrangler sa belle-mère travaillant au sein de l'établissement.*** *Rapidement sur place l'équipe de sécurité calme l'individu après un échange plutôt houleux. Celui-ci*

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

hospitalisé en secteur ouvert psy accepte de suivre les agents. Appel de la police car plainte de l'ASH (belle-mère). L'individu placé en chambre dans l'attente de la police renoue rapidement avec son agressivité et son caractère impétueux. Il menace alors de casser le mobilier se trouvant dans la chambre, il dégonde les toilettes situées sur le mur et les envoient violement sur la porte afin de la défoncer. Celle-ci bringuebalant à force de coups, nous décidons de fermer la deuxième porte et faisons appel de nouveau à la police. L'individu dissimule alors une fourchette dans son pantalon dans l'attente que nous rentrions. La police intervient alors à 8 fonctionnaires afin de le maitriser. Plainte de l'ASH et de l'établissement. »

- « *Lors du repas du dimanche soir, évolution progressive de signes de dangerosité d'un patient (menaces verbales, insultes, échauffement physique). Lors de l'accompagnement en chambre de soins intensifs, le patient crache, tente de frapper et mord un infirmier au sang en proférant des menaces de mort. Au vu de sa force, le patient a pu arracher ses contentions. Un appel a été fait à une brigade d'intervention.* »

Les violences peuvent aussi avoir lieu entre patients, avec d'anciens patients, ou encore avec des individus extérieurs à l'établissement. La vie en collectivité et en bonne intelligence n'est pas toujours des plus aisées et des plus faciles à gérer. Elle peut être ainsi la source de conflits larvés ou inconnus des personnels de santé. Ces conflits peuvent surgir à tout moment.

Pour des violences entre patients.

- « *Lors de son intervention suite aux cris d'une patiente l'IDE constate que cette dernière se débat donnant des claques à un autre patient pour se dégager de son emprise. Ce dernier déambule la nuit et entre dans les chambres provoquant peur, colère et dispute. Il perturbe le sommeil, la tranquillité et la sécurité des autres patients.* »

- « *Un patient bouscule et frappe d'autres patients à de nombreuses reprises, les fait tomber de leurs chaises, ce qui provoque de l'énervement et des actes violents de la part des autres personnes nécessitant la prise en charge des deux parties.* »

- « *À 12h05 les patients sont installés au réfectoire et commencent à déjeuner. Un des patients asperge d'un liquide la chevelure d'un autre patient et y met aussitôt le feu. Il le renverse ensuite au sol et lui assène de violents coups de pied. Le personnel présent porte aussitôt secours à la victime tout en maitrisant l'agresseur. Précision : le patient agresseur est pris en charge en soins sur décision du représentant de l'État suite à des faits de violence sur son voisin pour lesquels l'expert psychiatre a conclu à sa responsabilité.* »

- « *Le patient a porté des coups de poing sur la tête d'un autre patient en fauteuil roulant.* »

- « *Une patiente absente lors de la distribution des cigarettes est retrouvée dans sa chambre couchée sur le sol avec une plaie à la tête. Un autre patient est découvert prostré dans la salle de bains attenante. Le patient est sorti de la chambre, questionné il dit qu'il a essayé de relever la patiente qui selon lui était tombée au sol. La patiente n'a plus son haut, elle donne sa version des faits, elle se déshabillait pour aller à la douche lorsque le patient est entré et lui aurait donné des coups de pied jusqu'à ce qu'elle chute et ensuite l'aurait tapée avec une chaise. La patiente reçoit les premiers soins, le psychiatre prévient le commissariat. La patiente est accompagnée aux urgences de [tel hôpital] pour des examens complémentaires.* »

- « *Ce matin, nous avons retrouvé le patient A sortir de la chambre d'un autre patient B en rigolant. En allant voir le patient B, nous avons constaté une dizaine de morsures sur son visage, son dos et ses épaules. Nous avons emmené le patient A en chambre afin de lui signifier l'interdit et afin de protéger les autres patients. Puis, nous nous sommes occupés du patient B (nettoyage des plaies +*

vaseline et arnica selon les localisations). »

Il arrive que les personnels soient eux-aussi blessés en tentant de séparer des patients qui se bagarrent.

- « *En tentant de calmer un patient qui voulait agresser un autre patient, ce dernier m'a agrippé violement au niveau de la gorge. Intervention des membres du personnel présents. Cadre du service et médecin présent. Patient isolé en chambre, traitement supplémentaire prescrit par le médecin et administré.* »

- « *Un patient pousse une autre patiente et j'interviens pour le recadrer. Le patient me frappe violemment au visage.* »

- « *Lors du petit déjeuner, un patient a voulu prendre le plateau d'une autre patiente. Face au refus de celle-ci, il lui a agrippé le col de sa robe de chambre et l'a tirée vers l'arrière. Deux soignantes sont arrivées pour le faire lâcher malgré l'insistance de celui-ci. Une fois le col lâché, le patient a tenté de frapper et frappé les soignantes, obligeant à appeler de l'aide.* »

Les dispositifs d'alerte mis en place dans ces structures apparaissent indispensables en raison de la fréquence des violences (DATI - PTI). À disposition de tous, ils sont toujours utilisés, rassurent les personnels et permettent une prise en charge des patients plus apaisée. Il n'est pas rare que deux ans soient nécessaires pour qu'un personnel puisse acquérir l'expérience suffisante d'une pleine autonomie. Ils se doivent d'être utilisés en complément des diverses formations proposées à la gestion de l'agressivité verbale et physique qui s'avèrent indispensables pour gérer ces situations.

- « *Une infirmière d'une unité de psychiatrie a été agressée par un patient détenu (mineur de 15 ans) en CSI. Ce dernier l'a prise par la nuque et trainée dans le sas de la CSI. Le DATI ayant été déclenché, les collègues sont venus en renfort pour maîtriser le patient.* »

Lors des violences subies, l'utilisation de ces appareils de sécurité n'est pas toujours aisée et le fonctionnement est parfois défectueux. Les cris, et même l'alerte par le regard permettent alors au soignant de prévenir ses collègues ou le personnel de sécurité. Il est recommandé de se positionner dans une pièce de façon à toujours pouvoir sortir et à ne pas se sentir coincé, permettant de fuir en cas de violences ou de prévenir ses collègues lorsque le soignant pressent que l'entretien risque d'être difficile, voire violent.

- « ***J'ai reçu le patient en salle de soins,*** *annoncé par son médecin pour lui donner le traitement car il avait besoin de parler un peu.* ***J'avais prévenu une collègue et le médecin était au courant.*** *Dès l'entrée dans la salle de soins, s'est montré tendu, impatient, ne tenait pas en place, faisait les cent pas. Je me tenais debout, au milieu de la salle de soins, lui était à l'entrée devant la porte. Il manifestait son mécontentement vis à vis de l'administration pénitentiaire et d'une sanction disciplinaire avec laquelle il n'était pas d'accord et dont il demandait que le SMPR intervienne. Chose à laquelle nous ne pouvions pas grand-chose. Je l'ai écouté et lui ai proposé de s'asseoir, de boire un verre d'eau, de prendre un traitement si besoin. Il a tout refusé, son agitation s'est amplifiée, a poussé des cris, s'est donné des coups de poings au visage et commencé à vouloir se taper la tête contre le placard ou la porte. Il a alors fermé la porte, nous enfermant tous les deux en salle de soins. Je me retrouvais démunie, apeurée face à une agitation (démonstration hystérique) à laquelle je ne pouvais rien faire.* ***Il s'avançait dans la salle de soins, me faisait reculer vers le fond (où je me suis sentie coincée). J'ai alors appuyé sur mon alarme, qui ne s'est pas déclenchée.*** *Un des surveillants du service allait et venait dans le couloir.* ***J'ai pu capter le regard d'une collègue à travers la fenêtre de la salle de soins, qui est entrée dans la salle de soins, le patient était autant agité.*** *J'ai demandé à ma collègue d'alerter l'équipe, elle est donc repartie. Le patient a refermé la porte à nouveau. L'équipe est arrivée en nombre, a fait sortir le patient qui a été reçu par le médecin et une IDE dans un*

bureau. Ne s'est pas calmé de suite, a été amené en salle d'activité sur un transat avant de regagner sa cellule, 1h30 après sa venue dans le service. » (Centre de détention)

- « *Patient en isolement tapait la porte, le salarié avec 2 IDE ouvrent la porte pour essayer de calmer le patient. Il saute sur l'IDE qui le contentionne.* ***À ce moment le patient plante ses dents dans le bras et le mort au sang (marque de dent et hématome. 3 semaines après cicatrice des dents).*** *Le lundi réunion avec l'équipe + médical : médecin ne prend pas en considération le problème.* ***PTI cette nuit ne fonctionnait pas.*** »

On notera ce signalement qui montre que l'utilisation du DATI aurait pu avoir des conséquences négatives pour le professionnel.

- « *Je me suis retrouvée avec patient délirant dans le bureau, m'empêchant d'appeler dans un premier temps un collègue pour ma sécurité.* ***Si j'avais déclenché le bip le patient m'aurait agressée je pense physiquement. Il surveillait le moindre de mes faits et gestes***. ***À signaler que nous n'avons aucune solution de sortie, le patient me bloquant le passage.*** *Des observations IDE réitérées ont signalé la potentielle dangerosité du patient les jours précédents, cependant aucune mesure n'a été prise pour transférer ce patient visiblement halluciné vers une unité plus adaptée. Quelles sont les conséquences pour l'agent et l'action corrective immédiate que vous avez réalisé : appel dès que possible d'un collègue masculin + confinement sécurisé dans le bureau à partir du moment où le patient est retourné dans sa chambre. Demande renouvelée d'une prise en compte plus sérieuse par les médecins des observations des soignants concernant les patients. De plus je tiens à émettre le risque potentiel pour les autres patients de l'unité vu mon impossibilité d'intervenir à ce moment-là (en cas d'incendie, en cas de malaise d'un autre patient...).* »

En outre, les soignants déclarent la fin de journée, comme des moments plus propices aux violences. En effet, l'accumulation de frustrations sur la journée peut conduire certains patients à des passages à l'acte au moment où, parfois, le personnel est en effectif réduit. Les repas collectifs, rapprochant des patients ayant des pathologies parfois différentes, conjugués avec la distribution des traitements, ou encore le moment des transmissions sont propices à des agressions physiques entre patients, car ces derniers savent que la surveillance est moindre.

- « *À la distribution du traitement, refus dans un premier temps, puis le patient le prend et jette le gobelet à la tête de l'IDE, la menace et l'insulte , retourne à table puis vocifère après les soignants et le psychiatre. Continue à vociférer. Cela gênant le groupe, un patient intervient en lui disant "ferme ta g…, laisse-nous déjeuner en paix". Sur ce fait, le patient prend son couteau et menace l'autre patient. Il est conduit en chambre pour permettre au groupe de déjeuner au calme.* »

- « *Lorsque les patients font la queue pour la prise des ttt (traitements) M. l'insulte et se moque d'autre patient, fait un croche-patte à un autre patient et le bouscule.* »

- « *Après avoir pris son traitement, le patient s'en prend violemment physiquement (3 coups portés au visage) à un autre patient qui patientait pour prendre son traitement.* »

- « *Le patient concerné dans cet événement a agressé un autre patient du service lors de nos transmissions. Il l'a jeté au sol depuis le fauteuil où il était installé sans raisons apparentes. Le patient bousculé a été projeté au sol ce qui a entraîné un choc au niveau du crâne. Cadre de soin reposé avec le patient concerné.* »

- « *Altercation entre ce patient et un autre du service dans le couloir pendant que nous étions dans le bureau infirmier à faire les transmissions au médecin généraliste. Nous avons entendu un cri et nous sommes donc sortis dans le couloir. Ce patient a frappé un autre patient au visage (hématome sous l'œil), et ce dernier a frappé en retour. Nous avons recontentionné le patient à son*

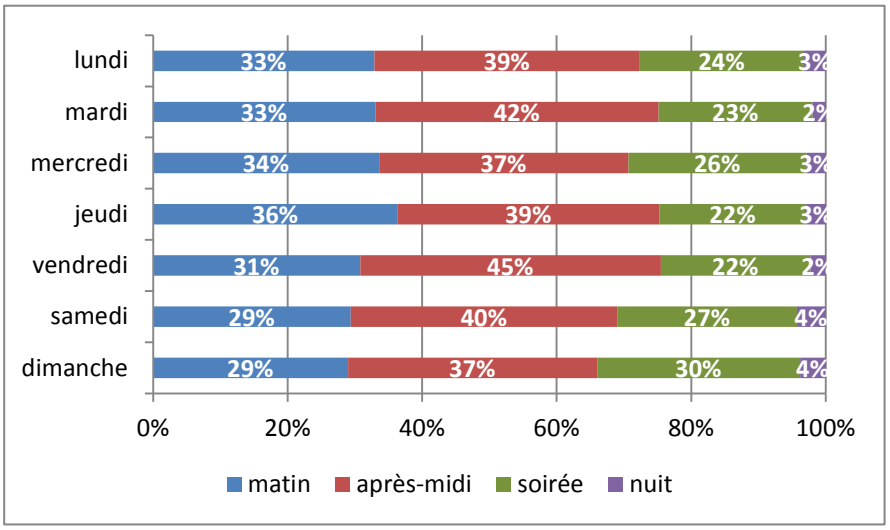
lit, qui a d'ailleurs essayé de nous donner des coups de pied pendant que nous le rattachions. Nous sommes allés voir l'autre patient, qui n'a pas voulu que nous examinions son hématome. »

- « *Altercation entre patients durant le repas, un patient s'agite et insulte les autres patients et le personnel, dans un geste de colère frappe dans une vitre qu'il casse.* »

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

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

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



La consommation de stupéfiants, voire le trafic, sont une cause de violences. Ils sont aussi générateurs d'inquiétude et d'insécurité pour les personnels et les patients qui ne se cautionnent pas ces usages. Cela a d'autant plus d'impact sur certains patients que l'établissement constitue pour eux un « asile », c'est-à-dire un refuge. D'anciens patients connaissant l'EPSM peuvent en profiter pour trouver une clientèle parfois adepte de ce genre de produits. La fragilité d'autres patients est parfois un facteur facilitant. Des personnes totalement étrangères à l'établissement peuvent aussi attirées.

- « *Des cris proviennent des allées de l'hôpital. Les soignants présents sortent afin de se rendre compte de la situation. Altercation verbale virulente entre deux patients n'étant actuellement plus hospitalisés en présence de 3 autres patients qui voulaient les séparer. Ils sont sur le point de passer à l'acte. Deux IDE tentent de les retenir et l'une d'entre elle se fait violemment projeter au sol. Ces 2 personnes se rendent régulièrement à la sociothérapie où ils consomment des produits stupéfiants et où l'un d'eux notamment incite certains patients à consommer et sème régulièrement le trouble.* »

- « *En fin de repas, Madame Y, en sortie aménagée jusqu'à [telle heure], quitte la salle à manger sans nettoyer sa table. Je lui demande alors de revenir, elle refuse en argumentant qu'elle n'a pas à le faire car elle n'a pas sali, hausse le ton quand je lui rappelle qu'elle doit quand même le faire. Elle m'attrape fermement par les poignets pour tenter de me tirer jusqu'à la salle à manger pour me montrer sa table, quand je résiste et tente de la faire reculer elle me frappe à la pommette droite et m'attrape par les cheveux jusqu'à ce que nous la maitrisions à trois soignants avec réintégration anticipée en CI. Patiente interprétative et persécutée depuis plusieurs jours, particulièrement à mon égard ce jour car consommation de THC hier et confiscation de shit ramené sur l'hôpital par mon équipe.* […] »

- « ***Présence de produits stupéfiants au sein du service tous les jours. Amenés par les patients, voire par les visiteurs eux même (amis comme famille).*** »

- « *Altercation entre deux patients suite à la prise de toxiques dans l'unité d'un patient mineur. Violence physique, coups de têtes échangés + étranglement dirigé vers un patient mineur. Insultes envers une soignante.* »

- « *Un patient se fait agresser verbalement par un autre patient et lui répond, l'agresseur le frappe, un autre patient s'emmêle et vient à son tour frapper la victime qui était à terre. La victime a été amenée dans le poste de soins puis dans sa chambre fermée à clé pour sa sécurité. Intervention de la police, les 2 agresseurs sont placés en CIT.* ***2 fouilles consécutives ont été effectuées à la recherche des stupéfiants.*** *Le patient agressé sera accompagné par le curateur pour un dépôt de plainte.* »

- « ***Un patient en sevrage alcoolique et polytoxicomane "A" a élevé brusquement la voix et a commencé à tenir des propos agressifs envers un autre patient "B",*** *attablé à ce moment-là, tout comme l'ensemble des patients hospitalisés. Alertés par les cris de tous les patients, nous nous sommes alors dirigés vers le réfectoire, à proximité des patients A et B.* ***Nous assistons alors à une scène de violence physique et verbale.*** *Les patients A et B se jetaient des couverts, de la nourriture. Appel du [service de sécurité] qui est intervenu rapidement. J'ai pu arriver à isoler dans la pharmacie le patient B qui était blessé à l'avant-bras gauche et saignait. Le patient A a pu être isolé à l'écart du groupe où il invectivait toujours avec véhémence le patient B avec des menaces verbales. Avec le [service de sécurité] qui essayait de raisonner le patient A qui continuait à insulter le patient B, le patient A fait part qu'il était en sursis judiciaire. Appel des médecins du service et d'un troisième collègue qui déjeunaient au self. Les médecins ont décidé rapidement l'éviction du patient qui a montré des difficultés pour accepter cette décision. Finalement, le patient A est sorti, il ne semblait pas comprendre pourquoi son hospitalisation ne pouvait pas continuer. Pendant qu'il faisait ses bagages, accompagné par moi et un autre collègue, il continuait à nous invectiver en tenant des propos insultants à notre égard. Vers [telle heure], il est sorti du service. Le patient B a décidé de porter plainte.* »

L'usage est source de dangers médicaux pour les patients.

- « *Patient retrouvé inconscient dans la cour patient alors que le repas venait tout juste de se terminer et que le patient était à table et a pris son repas. Il était [telle heure]. Un autre patient M. X est également retrouvé inconscient dans la cour en même temps que M. Y, qui la veille avaient tous les deux déjà faits des malaises de même type. Retrouvé inconscient, en mydriase, pouls faible. La consommation de produits stupéfiants ou de médicaments pris en snif est avérée car retrouvés sur M. Y. Appel IDG, renfort collègues et appel SAMU.* »

La violence des mineurs. Comme pour les violences commises par des personnes âgées, celles commises par des mineurs déconcertent souvent les personnels de santé. La virulence et

l'impulsivité sont des éléments caractéristiques de cette violence. La force de ces jeunes gens est également un élément difficile à maîtriser. Elle s'exerce contre les personnels et d'autres mineurs.

- « *L'enfant s'est agité dans la salle de repos en allumant la musique. Il s'est désorganisé très rapidement et en l'espace de quelques instants j'ai reçu de nombreux coups. Il m'a fouetté les cuisses à plusieurs reprises avec le fil de son micro, m'a donné 2 coups de tête dans les jambes et plusieurs coups de pieds, s'agrippant à mes jambes. Malgré les précautions prises pour sortir de la pièce, étant donné que je devenais une cible très importante. Il m'a violement donné un coup avec un objet dur (enceinte bluetooth) contre mon oreille droite, coup reçu au moment où je tentais de sortir de la pièce. Douleur forte et vive ressentie dans le dos 1h30 après les faits. Ce jour, j'ai des douleurs diffuses dans la nuque. Prise de doliprane depuis hier soir. Douleur toujours présente au niveau du dos et de mon oreille.* »

- « *Durant un entretien médical avec un patient mineur, le patient frappe violemment le médecin à la tête avec un livre et lui met des coups de pied. Il ouvre la fenêtre et jette une petite voiture alors qu'il y a des enfants en dessous. Il essaie de cracher sur le médecin alors qu'elle essaie de le maintenir.* »

- « *Au cours d'une après-midi de prise en charge un patient mineur pousse violemment un autre patient mineur, frappe insulte et donne des coups de pieds aux soignants. Patient impossible à canaliser.* »

- « *Lors de la prise en charge de CIT de 11h30, le patient mineur semble endormi, réagissant peu aux sollicitations du médecin. Finalement, il pose une question concernant l'IME. Le médecin commence à lui expliquer les difficultés pour l'accompagner comme prévu initialement. Elle ne peut finir son explication, il bondit sur elle en la frappant violemment sur la clavicule et tombe au sol.* »

- « *Le patient X, âgé de 14 ans (atteint d'un trouble envahissant du développement et hospitalisé en hospitalisation complète depuis plus de 6 mois) s'est jeté violemment sur un autre patient, sans raison aucune, juste après le goûter et lui a mis une claque d'une grande violence, à tel point que sa tête a percuté très violemment la faïence du mur du réfectoire situé derrière lui. Le patient X était souriant. Nous étions en train de parler de l'institution avec les adolescents. Aucun élément déclencheur. Patient consigné en chambre et mis en protocole pyjama pour poser le cadre et que le patient puisse intégrer la notion d'interdiction, étant donné que la même problématique s'est posée la veille envers un autre patient de l'unité. Vessie de glace mise sur la tête du patient ainsi que de l'Arnican. Constantes prises. Interne de garde informé.* »

- « *Lors d'une crise clastique, l'enfant s'en prend physiquement aux adultes présents, en leur portant des coups aux membres inférieurs et supérieurs tout en les gratifiant d'un vocabulaire ordurier. Sa prise en charge en a été perturbée, ainsi que des autres enfants qui devaient être pris en charge par les adultes restés auprès de l'enfant en crise.* »

À propos des CMP. Ils font remonter peu de signalements (161 dont 140 atteintes aux personnes et 49 atteintes aux biens), pour autant les quelques signalements déclarés font état de situations difficiles à gérer : menaces, intimidations, violences pour des motifs divers (renouvellement d'ordonnance, traitement, piqûre, crise, question financière, etc.). L'isolement géographique du CMP peut constituer un facteur anxiogène pour le personnel en cas de difficultés. Cohésion et vigilance sont de mise. Des personnels expérimentés y sont d'ailleurs très souvent en poste.

- « *Patient qui devient menaçant lors de l'entretien médical, pousse le bureau contre moi, hausse le ton, ne parvient pas à se calmer, donc je lui demande de quitter le bureau, ce qu'il fait devant mon insistance. Le patient poursuit l'état d'agitation dans la salle d'attente (tape dans les sièges et la fontaine à eau). Intervention de mes collègues dans la salle d'attente pour essayer de l'apaiser, sans y parvenir dans un premier temps. Je me rends dans la salle d'attente pour lui demander de quitter le CMP, et à ce moment-là, le patient me menace et fonce sur moi. Deux des*

membres de l'équipe s'interposent et une autre collègue me demande de quitter la salle d'attente. Après mon départ, en lien avec les échanges des collègues présents dans la salle d'attente, le patient s'apaise et accepte l'hospitalisation qui lui est proposée en urgence. »

- « *Ce jour, un patient se présente au CMP véhément, quérulant, agité, tenant des propos menaçants envers le personnel. Alerté par ses cris, j'abrège les soins en cours et interviens à l'accueil. Le patient me reconnait et redouble d'agressivité, tente de me frapper et réitère des menaces de représailles à mon encontre. Mon collègue parvient à l'éloigner et l'accompagne au SAAU. Depuis un an, ce patient développe un délire de persécution à mon encontre. Depuis 2 mois, c'est le 4e événement du genre mais cet épisode est plus préoccupant.* »

- « *Je me suis rendue au CSAPA rencontrer le Dr X au sujet des prescriptions de méthadone de M. X (en présence de ce dernier). Au retour dans la rue, M. X menace de m'agresser, est en colère de mon intervention au CSAPA. Au lieu de me rendre directement à la pharmacie de ville pour la délivrance de la méthadone, je prends la décision d'un retour au CMP où mon collègue prend le relais de la prise en charge.* »

- « *Infirmier au CMP, je me suis fait séquestrer chez un patient, lors d'une visite à domicile, incohérent et inaccessible au dialogue, menaçant et refusant toute négociation. Il refusait de m'ouvrir et devenait menaçant. J'ai réussi discrètement à appeler la police avec mon téléphone personnel. La police a défoncé la porte pour rentrer et maitriser le patient et me faire sortir en attendant l'arrivée du SAMU.* »

- « *[Tels jours], un ancien patient suivi entre [telle et telle année] a cherché à connaître, téléphoniquement, les temps de présence de son ancien médecin sur la structure. Très méfiant dans l'échange oral, il a fini par indiquer qu'il allait "venir l'attendre sur le CMP avec la kalachnikov. [Il] ne plaisante pas. [Il va] venir l'attendre sur le CMP avec un flingue. [Il ne plaisante pas]". Après avoir insulté son ancien praticien, il a menacé en plus un autre médecin non identifié.* »

- « *Alors que le patient devait être hospitalisé ce jour, (matin) sans succès, le patient revient au CMP voir le psychiatre, qui voulait l'hospitaliser le matin, pour le menacer de mort et l'insulter.* »

- « *Passage du patient à l'accueil du CMP. En demande très insistante d'un RDV rapide avec son psychiatre traitant. Je ne peux pas le lui donner, je lui rappelle le RDV [de telle date], lui propose un carton de RDV, il ne le veut pas, je lui propose de le rappeler, il me répète sans cesse "je ne comprends pas, je ne comprends pas", avec un temps de décalage entre le moment où je lui parle et sa réponse. Nous sommes 2 à l'accueil à ce moment-là, Y et moi. Il me dit "vous n'avez pas mon numéro de téléphone, je lui propose de vérifier". Il s'impatiente vraiment et finit par renverser violemment sur Y l'écran de l'ordinateur et tout ce qui se trouve autour. Il s'en va et nous dit "vous avez intérêt à me trouver un RDV".* »

Pour des dégradations sur les affaires personnelles des soignants.

« *La personne demande un hébergement d'urgence, devant l'impossibilité de répondre dans l'immédiateté, il s'est emporté et sort du CMP en proférant des menaces d'incendie et met à terre un scooter d'un collègue violement et donne un coup de pied dans un véhicule et casse le rétroviseur d'un autre collègue. Continu de menacer de casser d'autres véhicules. Police appelée, entre temps le patient s'en va.* »

Pour des menaces avec arme nécessitant l'intervention des forces de l'ordre.

« *Vers [telle heure], un patient M. X, connu du service, se présente au CMP, en demande d'un entretien infirmier, est tendu, je le reçois. Montre une arme à feu qu'il a sous son blouson, profère*

des menaces vis-à-vis d'une personne qui a eu des violences récemment à son égard, l'a mordu avec son chien, lui a tailladé l'oreille, dit "je veux le tuer", dit être venu sur le CMP pour nous informer du passage à l'acte, ne nous menace pas mais est tendu, tentative d'apaisement, proposition d'un traitement si besoin, colère toujours intense, contact tél. avec Dr X qui nous demande de contacter la police et qui propose de se déplacer sur le CMP. Attente avec le patient dans le bureau en lui expliquant que le médecin doit venir le voir au CMP. Intervention de collègues infirmières avec moi et d'un autre médecin pour tenter d'apaiser le patient. Attente d'une durée de 40 mn environ, Dr X arrive, voit le patient, les forces de police interviennent 5 mn après (matériel adéquat), peuvent maitriser M. X.»

Les altercations et violences peuvent avoir lieu également entre patients, par des parents.

- « *Altercation verbale avec menace de passage à l'acte entre deux patients dans la salle d'attente du CMP. Coups sur la porte des toilettes pendant quelques secondes et insultes. Un des patients s'est enfermé dans les toilettes et l'autre a accepté après négociation de monter au premier étage.* »

- « *La mère d'un patient âgé de 21 ans, habitant (telle ville], m'a appelé ce jour. Madame me fait part de son mécontentement (pas de prise en charge en établissement médico-social). Mme serait insatisfaite de la prise en charge en CMP et menace l'équipe ''j'ai rendez-vous la semaine prochaine, je vais en découdre avec l'autre'', en parlant du médecin référent. Madame est déjà passé à l'acte (dernièrement a fait une garde à vue pour violence et a déjà menacé, il y a plusieurs années un juge suite à un signalement). J'ai tenté de faire entendre à Mme que j'allais prévenir l'équipe du CMP. Je lui ai expliqué que nous ne pouvons rien faire de plus ; qu'il y avait des délais d'attente pour l'entrée en établissement. Mme m'informe qu'elle en a décousu avec l'établissement médico-social en question et avec la MDPH de [tel département]. Par la suite, j'ai prévenu l'ensemble de l'équipe.* »

- « *Père qui a menacé de mort la famille d'accueil des enfants, le juge et les services sociaux.*»

À propos des UMD. Ces unités ont rapporté 128 signalements (dont 126 atteintes aux personnes et 15 atteintes aux biens), un peu moins que l'an passé. Une crise entraîne des violences physiques souvent très importantes qui nécessitent cohésion, intervention en nombre, rapidité et vigilance des personnels. Une très bonne connaissance de la personnalité des patients est essentielle car il n'est pas toujours facile de percevoir leurs intentions réelles. La soudaineté des revirements de comportement est fortement soulignée ainsi que la frustration dans ce contexte spécifique. Le rappel des règles de la vie en collectivité entre patients et avec le personnel est fréquent. Ce recadrage peut se passer correctement ou parfois dégénérer en menaces et coups.

- « *En compagnie d'un collègue, je ramène le plateau repas à un patient dans sa chambre. De manière brusque et sans prodrome, le patient assis sur son lit se précipite et jette le plateau à travers la pièce. Cette situation et la connaissance du patient nécessitent une intervention immédiate pour éviter ses habituelles tentatives d'automutilation. Durant l'intervention je reçois un coup de pied dans les côtes côté droit. La douleur a été immédiate et persistante.* »

- « *Un patient a verbalisé le souhait de passer à l'acte sur la cadre de santé du service qu'il désigne comme son persécuteur. Patient très tendu, qui a ensuite évoqué une situation similaire avec un médecin d'une autre unité, qui l'avait conduit en UMD.* »

- « *Patiente très agressive qui frappe et insulte. Problème récurrent, prise de soins quasi impossible. Insultes à longueur de journées.* »

- « *Lors de la prise de transmissions auprès des soignants concernant le weekend et le début de matinée, ils m'informent que M. X a refusé de prendre ses traitements sur le weekend et ce matin. Étant donné qu'il est calme dans sa chambre et que nous avons un bon contact soignant, la*

psychologue de l'unité et moi-même décidons d'aller le voir pour en savoir plus sur son refus de traitement. En première intention, le patient dit bonjour à la psychologue mais refuse de me serrer la main. Il chante et les propos sont incohérents, il refuse de parler de traitement. Il ne me regarde pas, la psychologue essaie de lui parler pour comprendre pourquoi il refuse son traitement, en vain. Il continue de chanter et refuse la communication. Subitement il se tourne vers moi et se met à hurler en me regardant fixement. Je lui demande simplement de me dire ce qu'il ne va pas, il continue à hurler et me met un coup de poing dans le visage. »

- « *Altercation de deux patients entre eux. Décision de l'équipe de les raccompagner dans leur chambre devant le risque imminent de passage à l'acte. L'un de ces deux patients, X, instantanément, se jette sur l'un des soignants qui le raccompagne, enchaine plusieurs coups de poing violement au niveau du visage et ne s'arrête pas. Intervention difficile de l'équipe, difficulté à contenir M. X qui essai de passer à l'acte sur toutes les personnes qui tentent d'intervenir (aussi bien homme que femme). Dans la CSI, crache sur toute l'équipe.* »

En UCSA et UHSA on notera ce manque de communication à un personnel soignant quant à la dangerosité d'un individu incarcéré.

- « *Agression physique violente (coup de poing à la figure) sur une infirmière du SPAD par un patient souffrant de troubles psychotiques en reprise de soins récente suite à son incarcération. Patient aux antécédents hétéro-agressifs et présenté comme dangereux par le personnel pénitentiaire suite à l'agression (des antécédents d'agression sur des femmes ne nous avaient pas été transmis). Le patient était accompagné par deux surveillants ce jour suite à une demande de consultation programmée de la part du patient. Intervention des surveillants immédiate quand le patient est monté sur le bureau assénant un coup de poing à l'infirmière. Le patient a été maîtrisé au sol par les deux surveillants.* »

> ✓ **Remarque 17** **Des rencontres entre professionnels de la psychiatrie et de la justice sur des thèmes concrets pour se connaître, se comprendre et aplanir les difficultés.** Au-delà des « conventions santé-sécurité-justice », très utiles pour régler les problèmes pratiques, l'ONVS souligne l'intéressante rencontre, née d'une initiative ponctuelle en 2008, entre les services de l'EPSM de l'agglomération lilloise et ceux de la justice lilloise, qui s'est transformée en réunion annuelle sur des thématiques intéressant conjointement les professionnels de ces deux disciplines.
>
> Voici la présentation de la genèse de cet événement faite par l'EPSM AL : *« Nos établissements respectifs des secteurs de la justice et de la psychiatrie co-organisent depuis dix ans les Journées d'étude "Psychiatrie et justice". En 2008, l'initiative de la première journée était venue de psychiatres et professionnels de la justice réunis, Loïc Binault alors vice-président chargé de l'application des peines au TGI Lille, les Docteurs Christian Müller, Nicolas Lalaux, Bertrand Lavoisy et Frédéric Wizla, le Professeur Pierre Thomas.* ***Tous étaient attentifs à mieux faire connaître les cultures respectives de la justice et de la psychiatrie, dans une réciprocité à créer,*** *et accompagnés par Nathalie Pauwels, alors chargée de communication de l'EPSM de l'agglomération lilloise et aujourd'hui de la F2RSM. Au travers d'un « état des lieux », il s'agissait à l'époque, comme souvent dans les « premières journées », de faire un « état des liens »... L'expérience s'est ensuite renouvelée, portée par un comité scientifique composé de « noyaux durs », mais également renouvelé en fonction des mouvements professionnels et des sujets. Cette durée dans le temps (10 ans) témoigne de l'importance des thématiques « Psychiatrie et justice » au-delà de ceux qui les portent, sans doute parce qu'elles invitent également un troisième partenaire : la société.* » Les thématiques abordées ont été, entre autres : Placement sous surveillance électronique ; Violences sexuelles ; Placement d'un enfant ; Troubles psychiques et jugement pénal ; Parcours d'ados difficiles.[43]

[43] https://www.epsm-al.fr/dossier/tous-les-colloques-psychiatrie-et-justice

Les services de gériatrie

Les unités de soins de longue durée (USLD) et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) font remonter un nombre de signalements importants soit 2 602 (2 447 en 2017). Ces signalements concernent très majoritairement des atteintes aux personnes : 96 % (idem en 2017), qui se décomposent en violences verbales pour 48,4% et en violences physiques pour 51,6% (46%/54% en 2017). Le rapport est inversé par rapport aux violences verbales et physiques en psychiatrie. Ces violences sont dues le plus souvent à la pathologie des patients.

À ces signalements, il convient d'ajouter ceux des services de gériatrie court séjour : 357 (249 en 2017) avec une répartition de violences verbales et physiques de 53,5%/46,5% (54%/46% en 2017). (V. tableaux 7 et 8, pp. 24-25).

Violences verbales et physiques envers le personnel (majorité), entre résidents, par la famille (incluant parfois la gestion larvée ou au grand-jour de conflits intrafamiliaux), entre la famille et le résident, par des intrus qui pénètrent au sein de ces établissements, les causes de violences sont nombreuses. Elles demandent professionnalisme et tact, ainsi qu'une grande cohésion au sein de ces unités pour les gérer et retrouver le calme et la sérénité. Les répercussions sur les personnes âgées victimes de violences par d'autres résidents sont fortes, surtout en cas de violences verbales très agressives et/ou de violences physiques, quels que soient les niveaux de gravité, et plus encore si elles sont répétitives. Il est à noter que le côtoiement entre des résidents qui ont un commencement de troubles cognitifs ne conduisant pas encore à un placement dans des unités spécialisées et ceux qui disposent de leurs toutes leurs facultés n'est pas facile à gérer.

> ✓ **Remarque 18** **Les conflits intrafamiliaux.** Parmi les conflits intrafamiliaux, il existe celui autour du parent âgé en raison parfois de questions financières (héritage, prise en charge financière du séjour) qui peuvent amener les membres de la famille à ne pas s'affronter directement mais par l'intermédiaire des personnels de santé avec, comme conséquence, de les menacer parfois de poursuites judiciaires pour maltraitance et défaut de soins sur le parent âgé, d'informer les médias ou encore de dénoncer les mauvais traitements après des autorités administratives pour obtenir la fermeture de l'établissement. L'injustice de l'accusation ajoutée à la raison mercantile du conflit créent une véritable violence psychologique.
>
> Un autre type de conflit peut être dû au fait pour les familles de devoir placer en maison de retraite leur parent âgé (impossibilité pour eux de pouvoir continuer à s'en occuper). Il arrive que cette culpabilité (sentiment d'impuissance et d'abandon) conduise à une attitude de harcèlement envers le personnel qui peut se traduire, entre autres, par une critique de la prise en charge quotidienne du parent sur des multiples petits détails et dans sa globalité.

Le malaise du personnel peut être profond lorsqu'il est pris dans ces conflits ou désaccords.

- « *Problématique sociale quant au devenir d'un patient (74 ans). Mise en danger à domicile avec environnement familial peu aidant. Démarches de signalement au procureur réalisées ainsi qu'une sauvegarde de justice et d'une demande de mise sous protection juridique. Dans ce contexte :* ***désaccord des enfants quant au devenir.*** *Son fils appelle et est virulent au téléphone en demandant une sortie. Contact téléphonique en présence du praticien du CCU et de l'assistant (3 médecins). Je lui exprime la possibilité d'une sortie contre avis médical signé par un des enfants. Il est impossible d'avoir une discussion constructive. Il a des propos insultants envers le personnel : "Mon père crève dans sa m…, il est bien connu qu'il faut graisser la patte à l'infirmière pour que les gens aient une toilette." Il a un discours insultant envers le médecin : "vous n'avez aucune émotion, vous prenez les gens pour un morceau de viande, vous laissez crever les gens." À noter que lors de notre dernier échange téléphonique il m'avait traité de "sac à m…" ce qui avait donné lieu à une information auprès de la directrice des usagers il y a 15 jours."* » (Gériatrie court séjour)

Les reproches par la famille (notamment dans la prise en charge) sont soulignés, au point que l'on peut remarquer dans ces deux signalements les commentaires suivants.

- « […] *Nous subissons de l'agression verbale de plus en plus souvent de la part des familles, cela engendre des conséquences psychologiques pour les soignants.* » (USLD/EHPAD)

- « *Altercation violente avec la fille d'une résidente ce matin en présence d'une IDE. Équipe [de tel bâtiment] en très grande souffrance par rapport à ces multiples remises en question qui s'apparentent à du HARCÈLEMENT.* » (USLD/EHPAD)

Les raisons des violences sur les personnels, qui peuvent avoir lieu à divers moments de la journée (toilette, change, repas, activités, sieste, prise de médicaments, coucher) ou encore lors de demandes de réintégration de chambre, ne sont pas toujours explicites. Certains signalements ne précisent parfois pas suffisamment les circonstances.

- « ***Lors du petit déjeuner, une résidente a jeté violemment son bol de chocolat chaud sur la soignante.*** *L'agent a raccompagné la résidente dans sa chambre et au moment de mettre le frein sur le fauteuil roulant, la résidente s'est mise à frapper l'agent à plusieurs reprises. Une aide-soignante a dû intervenir pour calmer la résidente.* » (USLD/EHPAD)

- « *Présence de son fils et de sa belle-fille cet après-midi. Jette ce qu'on lui propose au goûter, devient agressif et insultant envers les soignants.* ***En voulant le raccompagner dans sa chambre, met un coup de poing dans les côtes de la collègue AS. Insulte sa famille et les soignants. Agressif envers médecin également.*** *Conséquences sur AS : douleur vive dans les côtes. Conséquences sur résidents : agacement.* » (USLD/EHPAD)

- « *Insultant et irrespectueux envers les soignants. Insulte les autres résidents. Monsieur avait tout balancé dans sa chambre. Se laisse tomber de son fauteuil. Chambre retrouvée dans un état honteux (verre renversé, journaux éparpillés au sol, plateau alimentaire jeté). Monsieur crie sans cesse.* ***Équipe soignante en souffrance et à bout !!!!*** » (USLD/EHPAD)

- « *J'ai entendu des cris et vu des meubles renversés provenant du secteur UHR. Je m'y suis rendue de suite. J'ai vu ma collègue Y en difficulté essayant de protéger une patiente de Monsieur X. J'interviens, le patient se calme puis s'assoie. Notre troisième collègue (Z) demande un si besoin a l'infirmier. Sans raison apparente,* ***le patient se relève et se rue sur moi, me retourne deux doigts de la main gauche en sens inverse,*** *ma collègue Z arrive à lui faire lâcher prise, il s'en prend immédiatement à l'autre collègue Y entrain de rassurer la patiente agressée et lui* ***tord le poignet*** *gauche, nous sonnons alors les DATI. Avant l'arrivée des renforts le patient agrippe Z et lui* ***tord le petit doigt de la main gauche.*** » (USLD/EHPAD)

- « *Pendant le soin M. X s'en est pris à nous. Agressif ++++++++++ (coup de poing très violent en vers nous).* » (USLD/EHPAD)

- « ***Un résident refuse son injection d'insuline et le collyre sur prescription du médecin.*** *L'infirmière lui explique l'importance de ce traitement, le résident s'emporte, insulte et frappe l'infirmière. Cette situation s'est déjà produite, aussi une action va être engagée par le médecin pour que le résident puisse avoir son traitement dans les meilleures conditions.* » (USLD/EHPAD)

- « *Lors de l'installation au lit pour la sieste, la résidente insulte l'aide-soignante et la griffe. Puis elle a donné un gros coup de poing dans le thorax de l'aide-soignante et en riant elle a dit, "dommage, je n'ai plus d'ongles".* » (USLD/EHPAD)

On retiendra ce signalement qui fait état de conséquences néfastes en raison de propos blessants.

- « ***Les paroles de la personne à l'encontre des personnels de l'EHPAD s'analysent comme un comportement blessant qui porte atteinte à l'intégrité psychique des personnes et sont de nature à causer un préjudice moral.*** *En ce sens, elles peuvent donc être qualifiées comme un acte de violence tel que défini par les recommandations ministérielles.* ***Les propos de la personne ont pour conséquence une désorganisation des soins et un sur-stress de l'équipe.*** *Cette situation est ancienne et perdure malgré de multiples rencontres organisées par l'établissement afin de procéder à une médiation. Lors des différentes rencontres, pour remettre de la sérénité au sein du service, l'établissement a fait la demande de respecter les temps de soins (soignants/patient).* » (USLD/EHPAD)

La vigilance est toujours de mise pour éviter que des situations de menaces physiques se traduisent en des gestes de violence. L'étude des comportements est essentielle.

- « ***Un résident a un regard très fermé au moment du repas,*** *il met son assiette à côté de lui sur le canapé. Il se lève avec une fourchette et un couteau dans les mains. L'AS lui demande de lui remettre les couverts. Il refuse d'un ton très sec et agressif. De colère, il quitte la pièce très rapidement et il s'enferme dans le bureau en claquant la porte. Il en ressort et* ***d'un regard très méchant dit "vous allez mourir ".*** *Par sécurité, les professionnels présents retirent tout ce qui pourrait être dangereux. Le résident est agressif et devient violent : une résidente déambule dans la galerie et le résident la frappe d'un coup violent dans le dos. L'AS accourt afin de mettre en sécurité la résidente. Résidente très choquée. Une IDE est appelée en renfort pour essayer de dialoguer avec lui mais rien n'y fait, le résident reste au même niveau d'agressivité.* ***Il jette son assiette à la figure de l'IDE et lui dit "tu vas mourir".*** » (USLD/EHPAD)

Les violences exercées contre les personnels, qu'elles soient dues à des TPN ou non, ne sont pas sans séquelles psychologiques sur eux en plus de celles physiques.[44] Les formations pratiques à la gestion de l'agressivité verbale et physique se révèlent indispensables, ainsi qu'à la communication, sans oublier l'indispensable partage d'expérience. Des méthodes d'approches adaptées dans les soins nécessitent d'être développées. En effet, les violences sont parfois soudaines comme par exemple lors d'un soin.[45] Cela demande donc aux soignants de la vigilance tout en restant attentifs à la personne âgée, particulièrement dans les unités de vie protégée ou unité spécialisée Alzheimer. Des signalements révèlent des cas de violence sur soignants parfois très difficiles à gérer.

- « ***Le résident, ayant pratiqué la boxe, hébergé en Unité de Vie Alzheimer (UVA), montre des signes d'agitation grandissante.*** *L'IDE référente du service met en place l'administration du traitement prescrit par le médecin lorsque le patient présente une phase d'agitation. Il est nécessaire de trouver divers moyens pour assurer la prise effective du traitement par le patient : l'IDE, dans un premier temps, privilégie de positionner le comprimé écrasé dans un verre d'eau mais refus par le résident. Elle intègre alors le comprimé écrasé dans un gâteau que le résident a consommé. En voulant retirer le verre afin que le résident ne soit pas soumis à une double dose médicamenteuse,* ***celui-ci la frappe d'un coup de poing au niveau de la mâchoire, coup extrêmement violent et douloureux.*** *Prise en charge de l'IDE aux urgences. Le cadre de santé s'est rendu en UVA pour évaluer la situation :* ***le résident était en phase calme et a fondu en larmes en relatant son geste.*** *Un contact auprès du service des Urgences a été également effectué, suite à l'échange téléphonique effectué sur la situation avec le cadre supérieur de santé du pôle de gérontologie. Le médecin de garde du service a proposé à l'équipe d'hospitaliser transitoirement le résident dans un autre service afin de lever les appréhensions et de permettre à chacun de se mettre à distance de cet évènement difficile. L'équipe n'a pas retenu cette proposition. Le traitement du patient a été renforcé par le médecin traitant du résident. Le cadre de santé a proposé à l'équipe un temps d'échange avec le médecin responsable du service et la psychologue du travail, proposition non retenue par l'équipe. Un courrier de soutien a été*

[44] L'ONVS pense que dans des cas spécifiques, à analyser au sein de l'établissement, l'action en justice serait justifiée et pourrait avoir notamment pour effet bénéfique de recadrer le résident.

[45] Voir également III. Divers focus. L'imprévisibilité et la soudaineté des violences, page 120.

adressé par la DRH à l'IDE. Un suivi a été proposé et réalisé par le SST (médecin du travail et psychologue). ***L'IDE a eu 84 jours d'arrêt de travail*** *suite à cet acte de violence.* » (USLD/EHPAD)

- « *Mme Y,* ***patiente sur l'EHPAD, présente de graves troubles psychiques. A trouvé un couteau et a menacé plusieurs membres du personnel, en hurlant, les accusant de l'empoisonner et de la voler.*** *Aucune intervention n'a pu la calmer. Lorsque Mme Z est arrivée à l'EHPAD pour aider ses collègues, Mme Y l'a menacée et a dirigé le couteau vers elle, la marquant au niveau d'un sein. Mme Z a eu très peur et a été choquée par ce comportement. Elle a téléphoné à Mme W ce matin pour en reparler car n'a pas dormi de la nuit. La cadre du service, présente sur le service ce soir-là pour les entretiens annuels de l'équipe de nuit, est intervenue auprès de la résidente qui s'est mise à hurler, à l'accuser de vouloir la faire "crever". L'a menacée de son couteau de façon très virulente. La résidente refuse ses traitements car pense qu'on veut l'empoisonner, refuse toute alimentation sauf le pain sec. Présente des troubles graves avec agressivité ; intervention de l'IDE Psy auprès des services de psy. Deux aides-soignantes ont été très choquées de ce comportement agressif et n'ont pas dormi de la nuit.* » (USLD/EHPAD)

- « *Résident ayant un comportement très agressif envers les professionnels lors du change. Le résident qui dort mais qui est souillé car touche sa protection et ses parties intimes. Lors du change essaie d'attraper, de pincer, de mordre, de mettre des coups de pieds aux AS. Il insulte les professionnels. Il lève le poing sur une AS qui réussit à éviter le coup de justesse. Il se cramponne aux barrières, pousse des hurlements, ce qui réveille les autres résidents et les énervent.* ***Des résidents s'insultent d'une chambre à l'autre. Une prise en charge très compliquée, qui se passe dans la violence vis à vis des professionnels.*** *Résident qui refuse tous soins.* » (USLD/EHPAD)

Entre résidents, la vie en collectivité et en bonne intelligence se révèle parfois difficile et n'est pas toujours des plus faciles à gérer pour les personnels. Elle peut être ainsi la source de conflits larvés ou inconnus de ces mêmes personnels de santé. Les conflits peuvent surgir à tout moment. La relation n'est pas aisée lorsque certain résidents perdent progressivement leurs facultés cognitives avec les désinhibitions qui peuvent s'ensuivre.

- « *Mme Y, très angoissée à la fin du repas, nous explique que sa voisine de chambre l'aurait frappée à plusieurs reprises. Inconsolable malgré l'intervention de diverses personnes. Réassurance de Mme Y, appel de l'administrateur de garde et des urgences*. » (USLD/EHPAD)

- « *Mme Y se trouvait debout face à Mme Z. Mme Z s'énerve, hausse la voix et met une gifle à Mme Y.* » (USLD/EHPAD)

- « ***Cet après-midi, un résident a un comportement troublé, ce qui entraine des conflits avec certains résidents.*** *Il essaie de déplacer le mobilier et la table alors qu'il y a des résidents assis à cette table. Ce résident a failli se prendre un coup et une cruche par un résident de la table. Impossible de l'installer à table ce soir et de le changer à 18h car a encore un comportement agressif.* » (USLD/EHPAD)

- « *Monsieur X casse le matériel, vide les chariots, ''bricole'' tout, rentre dans les chambres des autres résidents et ''embarque'' leurs effets personnels, mange du papier, réussit à attraper la poubelle de la kitchenette et la vide dans les couloirs. Il ne tient pas à sa place au moment du repas et embête les résidents, prend le déambulateur d'une résidente pour le démonter. Cette dernière se met à hurler : me jette le déambulateur dessus lorsque je lui explique qu'il faut qu'il le rende à la résidente.* » (USLD/EHPAD)

- « *Mme Y a trouvé M. X dans la chambre de Mme Z et a incité M. X à sortir de la chambre. Mme Z l'aurait insultée et c'est de là que Mme Y a frappé à plusieurs reprises Mme Z (traces de doigts sur les bras).* […] *Il s'agit d'un conflit dû à une jalousie de la part de la résidente qui a agressé car a*

une relation avec le résident qui était venu dans la chambre de Mme Z. Nous envisageons peut être un changement de chambre pour éloigner les personnes les unes des autres. » (USLD/EHPAD)

- « *Un résident a frappé une résidente de la même unité avec une canne. La résidente a reçu au moins deux coups de canne, ils ont été séparés par une aide-soignante qui est intervenue. La résidente été choquée et a été prise en charge par l'IDE.* » (USLD/EHPAD)

Les violences entre résidents atteignent parfois des niveaux de gravité 4 soit par usage d'une arme par destination (déambulateur, fauteuil roulant, coups de canne ou de tubulure de la perfusion au visage, etc.), soit à mains nues. Ces violences peuvent aussi être dirigées contre les personnels directement ou lorsque ceux-ci interviennent pour protéger la victime tandis qu'ils tentent d'apaiser la situation. Les personnes peuvent même s'en prendre à elle dans le cadre d'une auto-mutilation.

- « *En début de nuit alors que nous faisions le coucher des résidents, Mme Y* ***(IDE)*** *a été interpellée par un bruit dans le couloir du pôle [de telle couleur]. Elle* ***sort de la chambre de la patiente et voit M. X (résident) en train d'étrangler un autre résident assis sur une chaise dans le couloir.*** *Elle crie pour lui faire stopper son geste, mais* ***dès qu'elle s'est approchée du résident malmené*** *pour le défendre, M. X s'en est pris à elle.* ***Il l'a regardée fixement dans les yeux et avec ses 2 pouces a appuyé fortement au niveau de la « pomme d'Adam » et mit ses mains autour de son cou. Avec force il lui a cogné la tête contre le mur.*** *Suite à cela Mme Y a eu des céphalées et des vomissements, elle a quitté son poste à [telle heure] pour se rendre à l'AU.* » (USLD/EHPAD)

- « ***Un résident*** *a pris les lunettes d'un autre, les a cassées en marchant dessus exprès, il a donné des coups de poing, de pied et griffures aux agents présents cet après-midi, il jette ses affaires par la fenêtre, régulièrement, a démonté la porte de la salle de bain****, a tapé un résident avec son déambulateur,*** *s'est enfermé à clef dans sa chambre.* » (USLD/EHPAD)

- ***« La patiente crie, agresse ses voisines de chambre.*** *Le personnel tente de la recadrer, en vain, insulte le personnel "tu me fais ch…"* ***balance la tubulure de perfusion dans le visage.*** *Dans la nuit suivante crache sur le personnel, tente de les mordre, tire sur les draps et couvertures de sa voisine à la limite de la faire tomber.* » (USLD/EHPAD)

- « ***À l'arrivée de l'IDE*** *dans le service, le matin,* ***un résident vient lui serrer la main avec un grand sourire. Elle se retourne pour partir et là, il la frappe avec ses poings dans le dos. Vers 10h,*** *une résidente hurle dans sa chambre.* ***L'IDE arrive dans la chambre et voit le même résident porter des coups au visage de cette résidente.*** *L'IDE est entrée et a essayé de les séparer. À trois personnes, ils ont réussi à l'immobiliser en attendant l'arrivée du médecin et d'une autre infirmière. Ce résident a donné des coups aux soignants dès le matin.*» (USLD/EHPAD)

- « ***Le résident est agressif et devient violent*** *: une résidente déambule dans la galerie et le résident la frappe d'un coup violent dans le dos. L'AS accourt afin de mettre en sécurité la résidente. Résidente très choquée. Une IDE est appelée en renfort pour essayer de dialoguer avec lui mais rien n'y fait, le résident reste au même niveau d'agressivité.* ***Il jette son assiette à la figure de l'IDE et lui dit "tu vas mourir".*** *Peu de temps après,* ***il attrape par la blouse l'ASH et la menace. L'ASH quitte les lieux en panique et en pleure.*** *L'IDE contacte l'administrateur de garde qui a fait intervenir l'agent d'astreinte technique. Celui-ci parvient après une négociation difficile à ramener le résident dans l'unité.* » (USLD/EHPAD)

- « ***Pour la 3e fois*** *M. X, résident USLD [de tel établissement], a agressé M. Y, résident EHPAD du même étage :* ***il l'a bousculé en lui fonçant dessus avec son fauteuil roulant, l'a fait tomber et lui a pris sa canne dont il s'est servi pour lui taper dessus*** *occasionnant de multiples et volumineux hématomes.* » (USLD/EHPAD)

- « *Ce week-end, une **résidente** déambule dans la cuisine, ouvre les portes coulissantes, mange tout ce qu'elle trouve en grande quantité et mange très vite (moitié d'un paquet de pain de mie, pain, gâteaux, papier...) au risque de se mettre en danger : fausse route. La résidente déchire sa protection et la mange. Impossible pour les soignants de la faire recracher. La résidente est **agressive physiquement et verbalement : elle frappe les professionnels, fait des crises, crie, à des gestes d'auto-mutilation (se frappe au visage et se tire les cheveux).** Elle est opposante. Impossible de la canaliser. Tape aux portes de sorties. Dans la nuit de vendredi à samedi, elle est retrouvée dans le lit d'un résident alors que deux barrières sont installées.* » (USLD/EHPAD)

Pour des conflits entre le résident et sa famille pouvant aller jusqu'à des actes très violents.

- « *Je rentre dans la chambre XYZ (chambre de M. et Mme X) alertée par le bruit (bruit sourd et cris). **Je vois le fils de Mme X en train d'essayer d'étrangler sa maman.** J'essaye de les séparer et le fils m'attrape et me pousse violemment. Je suis propulsée de la chambre jusqu'au couloir. Puis il jette un "objet" sur moi.* » (USLD/EHPAD)

- « *Fils d'une résidente en état d'ébriété s'est disputé avec sa maman, crie dans la résidence.* » (USLD/EHPAD)

- « *La fille d'un résident a été agressée par son père (résident) au moment de lui dire au revoir : étranglement et coup de poing dans le ventre.* » (USLD/EHPAD)

- « *Fille d'une patiente hurle sur sa mère, intervention du personnel pour qu'elle baisse le ton, conséquence : insulte les agents.* » (USLD/EHPAD)

Pour des violences verbales et des menaces par la famille sur les personnels pour divers motifs dont, la plupart du temps, pour un reproche relatif à la prise en charge.

- « *Appel du fils de Mme Y nous expliquant qu'il a déjà appelé ce matin en laissant un message vocal pour ramener le traitement personnel de la patiente pour tenir jusqu'à lundi afin que la patiente ait son traitement et que nous puissions commander son traitement personnel lundi. Le fils s'est rapidement énervé en nous disant qu'on devrait avoir le traitement, que l'infirmier libéral a le traitement donc qu'il ne peut pas nous le ramener. Tentative de la part de l'infirmière de pacifier la situation, le fils n'entend pas et devient menaçant en disant : **"s'il arrive quelque chose à ma mère, je vous tue et je brûle l'hôpital".*** » (Gériatrie court séjour)

- « *La petite-fille de Mme Y a eu des propos menaçants envers moi et l'équipe. Nous a qualifiés d'incompétents, a eu un comportement agressif, a tapé dans le mur de la porte de l'escalier. **M'a menacé qu'il ne valait mieux pas me croiser à l'extérieur ou dans un autre service.*** » (USLD/EHPAD)

- « *Lors de la préparation des chariots pour la distribution du repas du soir, Mme Y, fille d'un résident, nous a interpellés sur le fait que son père était couché, elle nous soupçonne de ne pas lui donner à manger, à boire et pas de sieste cet après-midi. Malgré nos réponses on travaille mal. Elles ne la satisfont pas, ne nous écoute pas et monte le ton, des menaces sur Facebook, des propos détectés sur notre travail et menace de porter plainte... Lors de la distribution, elle nous suivait et continuait ses rapproches avec agressivité. Certains résidents ont été perturbés.* »

- « ***Lors des transmissions la femme de M. X est venue à la salle de soin, énervée +++ par rapport à la prise en charge de son mari.** Je tente de l'apaiser sans succès. Une demi-heure plus tard j'ai un appel de leur fille, encore plus énervée, qui me menace d'aller voir la cadre, de porter plainte, et me dit qu'elle ira demain au conseil régional pour qu'on ferme la maison car les résidents ne sont pas bien pris en charge. J'essaye de l'apaiser également mais elle ne me laisse quasiment pas parler. Je pense et lui ait dit que je peux comprendre son énervement et ses craintes, mais que je n'aime pas*

du tout avoir des appels de ce genre où l'on me "crie" dessus de la sorte, et que l'on essaye tous autant que nous sommes de faire du mieux que l'on peut. Elle me dit qu'elle paye assez cher et que c'est pour avoir une prise en charge parfaite. Le soir, la femme de M. X reste encore une fois assez longtemps à table lors du repas, vient me trouver à l'autre bout de la salle à manger, me coupe plusieurs fois la parole alors que je m'occupais d'un autre résident, souhaite donner les traitements à son mari car selon elle, nous ne les donnons pas assez bien. » (USLD/EHPAD)

- « *La fille de la résidente vient tous les après-midi visiter sa mère. Elle insulte les professionnels et a craché sur une infirmière.* » (USLD/EHPAD)

- « *Le fils d'un patient se montre violent verbalement avec le personnel de soin. Il refuse de sortir de la chambre pendant les soins. Il lui est arrivé de suivre dans la rue des membres du personnel.* ***Décision administrative prise par la directrice d'interdiction de visite. La personne a quitté le site.*** » (USLD/EHPAD)

✓ Remarque 19 **Le vécu des soignants confrontés aux violences physiques. Analyse des EIG.**
L'ONVS a lu avec intérêt la thèse de doctorat en médecine du Dr Marina Blanchard, « *Le personnel soignant face aux violences physiques des personnes âgées institutionnalisées* » (Pr Dominique Somme, PU-PH CHU de Rennes, président du jury. V. également en page 11 et en note 11 de ce rapport). L'étude a volontairement porté sur les seules violences physiques faites par des patients sur des soignants à partir de 76 fiches d'événements indésirables avec des entretiens semi-dirigés.

L'auteur fait ressortir 6 éléments : ***la fréquence déclarée de la violence*** (avec un caractère subjectif important) : « *des patients qui essaient de nous taper ou de nous griffer, je considère même plus ça comme une violence.* » ; **la responsabilité individuelle** : « *Si on me donne un coup c'est que peut-être que j'ai pas fait comme il fallait.* » ; **la responsabilité institutionnelle** : « […] *la charge de travail, le manque de temps à accorder aux personnes, les "obligations" comme la toilette, les horaires imposés par la vie en collectivité, la modification des habitudes de vie du résident et son inconfort relatif au fonctionnement de la structure (chambre à deux).* » ; ***les conséquences physiques et psychologiques*** : « […] *le soignant victime a rapporté se sentir "impuissant", "surpris", "démuni", "choqué", "paniqué", "diminué", "déstabilisé", "en détresse psychologique", ou dans l'appréhension.* » ; **le jugement extérieur** : « *Les soignants ont ressenti une culpabilisation en provenance de la hiérarchie sur la survenue de la violence et sur la réalisation de DEI* […] *inconfort de se sentir jugé sur leur travail et leurs compétences par d'autres soignants. »* […] ; **la stabilité du personnel** : « *Huit soignants ont pensé quitter leur service en raison de la violence, s'ajoutant à la charge de travail, ou au manque de reconnaissance ressenti.* » (pp.22-24)

On retiendra encore de cette thèse, en page 34, la réflexion suivante :
« *Notre analyse a permis d'attirer l'attention sur :*
- La nécessité de formations destinées aux nouveaux arrivants dans les secteurs gériatriques ;
- L'amélioration des connaissances des soignants sur le droit des patients et notamment le droit au refus de soins des personnes présentant des troubles cognitifs ;
- La réalisation régulière d'AAPP permettant de jeter un regard critique sur les pratiques professionnelles, pour y apporter sens, cohérence et/ou améliorations, et surmonter des vécus professionnels difficiles ;
- La nécessité d'apporter des renseignements complémentaires sur les situations à déclarer et sur la finalité des DEI, et enfin,
- l'existence d'un lien entre les violences subies par les soignants et l'organisation des services.

Les services des urgences [46]

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

Les manifestations de violence y sont de nature et de gravité différentes, les agressions verbales y sont quotidiennes (83%), et les agressions physiques nombreuses (14%) : voir tableaux 7 et 8, pp. 24-25. Pour les cas les plus graves, dont la presse se fait l'écho, il s'agit de scènes très violentes et traumatisantes (délinquants de bandes rivales qui se retrouvent aux urgences, évasion/ou tentative d'évasion d'un gardé à vue ou d'un détenu avec la présence de complices et même parfois d'un commando armé, intrusion à plusieurs personnes pour chercher un blessé par arme, gazage lacrymogène du service, personnes ivres, toxicomanes, personnes menaçantes avec armes blanches, personnes ayant de forts troubles psychiatriques, etc.).

Les comportements d'incivisme et antisociaux pèsent sur le quotidien des urgentistes, des professionnels de santé et des personnels administratifs. Provocations diverses, chahuts et menaces, sans compter les coups, y sont fréquents. Les forces de l'ordre sont souvent appelées à y intervenir.

- « *19h30* ***un couple sonne à l'accueil des urgences****. L'infirmière d'accueil ouvre aux personnes, la consultation concerne le conjoint, elle installe le patient en salle de consultation de plâtre. La conjointe demande de rejoindre son conjoint, l'infirmière lui indique que cela n'est pas possible pour le moment et l'invite à patienter en salle d'attente. La conjointe a refusé de se rendre en salle d'attente et a poussé l'infirmière d'accueil afin de se rendre vers son conjoint, l'infirmière appelle immédiatement le brancardier pour l'aider à calmer la conjointe. Celle-ci est devenue très agressive et a agressé les personnels présents par des coups, des insultes et des menaces. Plusieurs personnels interviennent en renfort, les médecins, un infirmier et un brancardier. Plusieurs personnels ont été blessés. Un infirmier de nuit a été violemment mordu à l'avant-bras jusqu'au sang. Griffure sur l'avant-bras du brancardier.* ***Nous avons réussi à la maîtriser, puis nous avons appelé la gendarmerie. Dépôt de plainte par l'infirmier ayant été mordu.*** »

- « *IDE déclare : "Arrivée vers 6h30 des pompiers.* ***Patient pour PEC plaie crâne due à une agression. Les pompiers nous annoncent un patient très peu coopérant.*** *Dès son arrivée M. X nous demande de l'eau, nous lui expliquons avec l'IOA que nous prenons la relève des pompiers et lui offrirons de l'eau ultérieurement. Il commence à proférer des menaces de mort à notre encontre et à celle des pompiers, en parlant également de nos familles. Il nous explique que c'est une urgence et que nous sommes des moins que rien de lui refuser de l'eau. Le ton monte, il se débat pour sauter du*

[46] « *En 2016, les 719 structures des urgences françaises ont pris en charge 21 millions de passages (20,2 millions pour la France métropolitaine, hors service de santé des armées [SSA]), soit 3,5 % de plus qu'en 2015. Cette progression prolonge la tendance observée depuis vingt ans. En 1996, le nombre de passages aux urgences s'établissait en effet à 10,1 millions pour la France métropolitaine (hors SSA). Il a augmenté ensuite, régulièrement, de 3,5 % par an en moyenne.*

Les structures des urgences accueillent chacune, en moyenne, 29 000 patients par an, le nombre moyen de passages étant plus faible dans les services pédiatriques que dans les structures des urgences générales (26 000 passages en moyenne par an, contre 29 800). 18 % des passages aux urgences sont pris en charge par le secteur privé (considéré dans sa globalité), une part qui a progressé dans les années 2000 pour se stabiliser depuis 2010.

Les petites unités sont les plus nombreuses : 20 % des unités d'urgences prennent en charge moins de 15 000 passages par an et 63 % d'entre elles, moins de 30 000. À l'opposé, 22 % des structures enregistrent plus de 40 000 passages par an et traitent 42 % de l'ensemble des passages. Aux côtés des structures des urgences hospitalières, 103 services d'aide médicale urgente (Samu) et 399 structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) assurent l'orientation, la prise en charge préhospitalière et le transport des malades. Dans certains territoires, en particulier lorsque le délai d'accès à des soins urgents est supérieur à trente minutes, des médecins correspondants du Samu (MCS), médecins de premier recours formés à l'urgence, peuvent intervenir dans l'attente du SMUR, sur demande de la régulation médicale. »
Source : *Panorama des établissements de santé,* DREES, Édition 2018, p. 14. Vue d'ensemble, Fiches thématiques, Annexes. http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/es2015.pdf

brancard pompiers et désire les frapper. La décision est rapidement prise avec les soignants et docteurs présents sur le lieu de le contenir. Nous arrivons avec les 3 policiers (présents pour une réquisition d'un autre patient), les agents de sécurité incendie et les 9 soignants pour le contenir rigide sur un brancard. Chacun d'entre nous maintient un membre. Il crache à la figure de Y, nous lui mettons alors un masque et Z lui pose rapidement une VVP pour lui injecter 2 ampoules de Loxapac. inefficace, le patient ne se calme pas. La contention est très compliquée nous recevons tous du sang sur nos blouses et nos avant-bras. Vers 6h50 il est contenu et installé au déchocage 1. Là, nous continuons les soins et injectons de L'HYPNOVEL pour pouvoir prendre en charge sa plaie hémorragique à la tête. ***Nous sommes tous sous tension et fatigués de notre nuit, mais l'adrénaline prend le dessus et nous continuons la prise en charge jusqu'à 7h45. En effet, pour nos collègues de jour rien de plus désagréable et stressant que de commencer une journée par tant de violence. Nous serons plusieurs à aller déposer plainte pour ne pas que soit banalisée cette violence gratuite faite aux soignants, pompiers."*** »

- « ***Un M. appelle le service des Urgences pour qu'on lui envoie une ambulance où il habite car il a une rage de dents depuis 3 semaines.*** *Il a déjà appelé le 15 qui l'a éconduit. L'IDE lui explique que nous n'envoyons pas de transports au domicile des patients, qu'il peut se faire amener par un proche ou appeler son médecin traitant. Le patient répond qu'elle "ne sert à rien, quelle est une m…, qu'elle n'a qu'à aller se faire m…" et qu'il va porter plainte pour non-assistance à personne en danger auprès de la Gendarmerie.* »

- « ***Patiente reçue dans le service des urgences peu coopérante et agitée.*** *Après avoir pris en charge un autre patient, l'infirmière constate que la patiente a disparu et la recherche dans la tisanerie où elle la trouve montée sur 1 chaise en train de fouiller les sacs des salariés prétextant rechercher 1 mouchoir. L'infirmière appelle la sécurité et se fait agresser physiquement par la patiente, l'infirmière arrive à s'échapper de l'étreinte et appelle la sûreté. La patiente l'a alors menacé de sortir 1 couteau ce qu'elle fait quelques secondes plus tard, l'infirmière s'enfuit de la pièce, enferme l'agresseur à clé et donne l'alerte aux vigiles et collègues. Intervention immédiate des médecins et du vigile : la femme les menace de représailles et s'enfuit.* ***Allô police qui interpelle l'auteur 10 minutes plus tard.*** »

- « […] *À son admission, le* ***patient*** *est de mauvais contact, irritable,* ***utilise une corne de brume en salle d'attente,*** *à l'intervention des soignants, leur demande s'ils sont suffisamment en nombre et "costauds", retrait de divers objets étalés dans le bureau médical, le patient se débattant,* ***frappe l'IDE au visage*** *à deux reprises* (arcade, et pommette.) »

- « ***Un patient aux urgences s'est introduit dans la salle de soins, l'aide-soignant présent lui demande de regagner son box, le patient refuse,*** *devient violent* ***et frappe l'aide-soignant au visage.*** *L'aide-soignant déclenche l'alarme, le service sécurité arrive et plaque le patient au sol, contention physique et chimique sur prescription.* »

- « ***Une IDE des urgences a été prise à partie par un individu qui accompagnait sa mère âgée de 60 ans.*** *Sa sœur enceinte d'une trentaine d'années était avec eux. L'individu a reproché à l'IDE de prendre en priorité un bébé qui était malade, il l'a tutoyée et insultée. L'IDE a fait rentrer le bébé dans un box et en ressortant la jeune femme de 30 ans est entrée dans le box pour demander avec agressivité à l'IDE de s'occuper de sa mère. Puis lui a fait plein de reproches, qu'ils étaient des incapables. Une aide-soignante est venue s'interposer. La jeune femme de 30 ans a violemment bousculé l'IDE en faisant tomber le téléphone qu'elle avait à la main pour appeler du renfort. L'aide-soignante s'est à nouveau interposée et la jeune femme a levé le poing comme pour la frapper mais ne l'a pas fait car un agent de sécurité est arrivé. Police intervenue aussi.*» (Urgences)

Les personnes arrivant sous emprise d'alcool, de stupéfiants, de médicaments, avec parfois en plus un TPN, sont extrêmement difficiles à gérer et d'une violence exacerbée (Voir aussi page 47).

- « ***Un patient entré aux urgences pour intox oh et prise de stupéfiants (cannabis + kétamine) est amené par la Gendarmerie nationale et les ambulances de garde.*** *Il s'est montré* ***très agressif envers l'ensemble du personnel soignant des urgences et des autres patients et ce dès son arrivée****. Le personnel soignant lui a demandé de regagner sa chambre paisiblement sans trop de succès. Il finit par accepter tout en les menaçant de "les mettre tous en l'air un par un s'il le veut". Quelques minutes plus tard, un infirmier en gestion du secteur UHCD le retrouve en train d'errer dans les couloirs des urgences et d'importuner d'autres patients. Les IDE lui demande à nouveau de regagner sa chambre mais celui-ci s'énerve de plus en plus et commence à se montrer agressif physiquement, en poussant un IDE, en les insultant. Puis il arme son bras pour frapper un IDE.* ***Les IDE présents prennent la décision de mettre le patient au sol afin de le contenir et d'éviter de prendre des coups et par la même occasion que le patient ne se fasse mal. Lors de la maîtrise au sol, les lunettes de vue d'un IDE sont tombées et le patient les a broyées volontairement avec sa main.*** *L'alarme téléphone a été enclenchée et le reste de l'équipe est arrivée pour le maintenir. Il a été placé en chambre de réassurance tout en continuant de menacer, d'insulter et de cracher.* »

- « *Une* ***patiente est amenée par les pompiers pour intoxication médicamenteuse volontaire et prise de substances alcooliques et stupéfiantes.*** *Patiente prise en charge aussitôt par médecin et pose d'une perfusion et d'une contention douce pour éviter qu'elle ne l'arrache. 15 mn plus tard, elle a arraché la perfusion et tente d'enlever la contention avec les dents. Une nouvelle contention physique est posée aux 4 membres avec une nouvelle perfusion, qu'elle arrache également, une contention chimique est administrée afin de l'apaiser, elle se mord jusqu'au sang, mord les agents, les insultes, profère des menaces de mort pour eux et leur famille, crache au visage de tous ceux qui s'approchent d'elle.* »

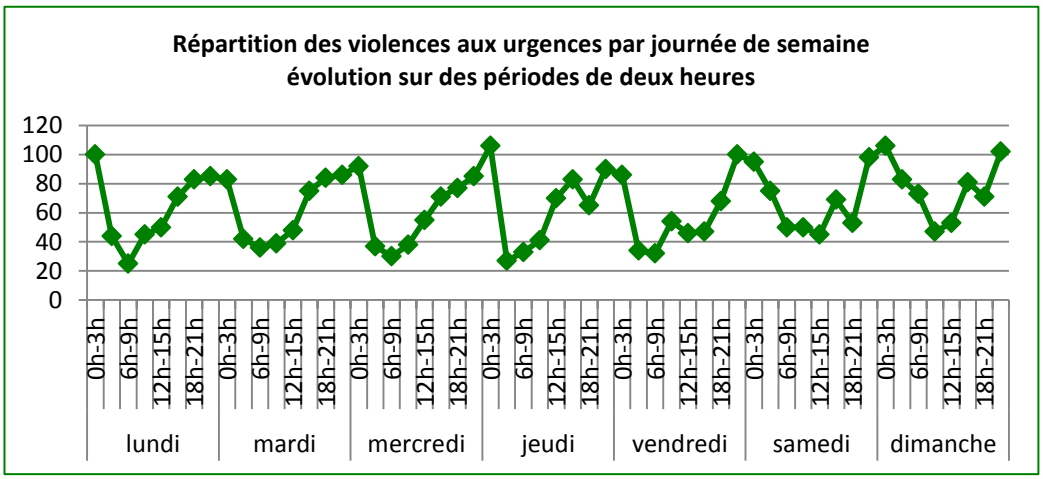
À noter ce cas avec une agression avec des aiguilles de seringues (arme par destination).

- « ***Patiente arrivée avec les pompiers pour alcoolisation avec probable prise de stupéfiants à son insu.*** *Patiente* ***contentionnée*** *au niveau des mains et des pieds par nos collègues. Vers 7h15 patiente demande pour aller aux toilettes. Patiente agressive et qui crache les personnels présents. Nous décidons donc de demander main forte à nos collègues de nuit qui étaient sur le point de quitter le service. Vers 7h30* ***la patiente s'est détachée seule et s'est emparée de plusieurs aiguilles. Elle s'est jetée sur l'élève infirmière (blessée à la face latérale gauche du cou) et la femme de ménage (blessée à la joue droite).*** *Action menée par la suite : - psychologue a rencontré l'équipe -* ***dépôt de plainte même si lorsque la patiente a repris ses esprits, elle n'avait aucun souvenir de ce qui s'était passé (drogue du zombie ??).*** »

Il arrive que les règlements de compte, dont ceux dans le cadre de conflits familiaux, trouvent un terrain d'expression au sein des urgences, comme parfois aussi dans d'autres services (voir le développement plus complet avec des signalements en pp. 57-60).

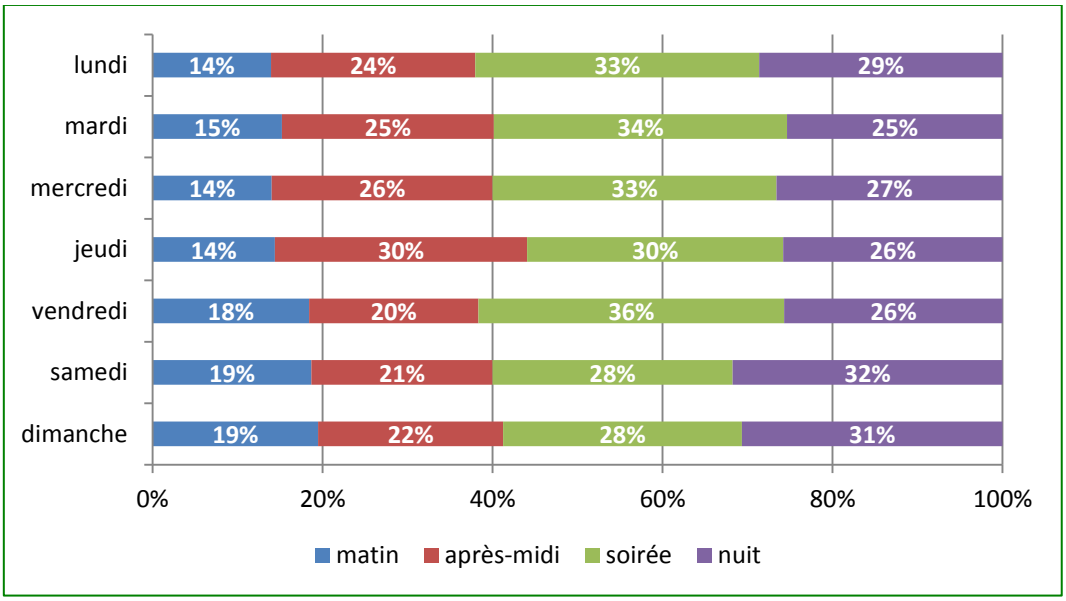
À la différence du secteur psychiatrique confronté aux problèmes de violence principalement en journée, les urgences sont affectées de jour comme de nuit. Le personnel de santé en est la principale victime, mais l'agression n'est pas toujours le fait du seul patient. Les accompagnants (familles, visiteurs)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

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



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

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



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

Le graphique et le tableau précédents donnent un aperçu des signalements de violence par tranche horaire et pourcentage. Si la tranche horaire de fin d'après-midi reste la plus délicate, celle de minuit - 6 heures apparaît cette année plus sujette aux violences et dépasse même la tranche précédente pour les weekends. Ces nuits du weekend représentent un facteur de risque plus important pour les soignants. En effet, durant ces nuits, il apparaît clairement une surreprésentation des patients sous l'emprise de l'alcool et de produits stupéfiants (facteurs importants de passage à l'acte violent). Ces risques particuliers caractéristiques sont bien connus des soignants. Des mesures particulières sont souvent prises, comme le renforcement des équipes, le recrutement de médiateurs, d'agents de sécurité ou de maîtres-chiens.

Les raisons conduisant à ces violences sont variées : attentes, incompréhension sur les priorités (gravité des cas et non pas ordre d'arrivée des patients), inquiétudes sans réponse de la part des personnels concernant la prise en charge des personnes à risque (éthylisme, toxicomanie, psychiatrie…), contestation du fonctionnement administratif des urgences, conception architecturale

des lieux inadaptée, installations et matériels défectueux (distributeurs en panne, toilettes hors service, ceintures de contention…), organisation perfectible (voir chapitre II.3 Les motifs de violence, pp. 46-67).

En ce qui concerne la tranche horaire nocturne (1 196 signalements), on retiendra ces signalements dont des problèmes à la suite de personnes blessées par arme.

- « ***Le patient très agité lors de son admission a été contentionné*** *au niveau des 4 membres selon la prescription médicale. Il* ***a néanmoins réussi à se libérer au niveau d'un poignet*** *et c'est en tentant de remettre l'attache que l'aide-soignant a été victime d'une agression physique par* ***coup de poing au niveau du visage.*** »

- « ***Manipulateur radio a reçu verbalement des menaces de mort*** *par un patient en salle de radiologie des urgences adultes.* »

- « ***Un patient en demande de soins veut pénétrer de force aux urgences adultes.*** *Un agent de sécurité et l'infirmière d'accueil interviennent. Il* ***s'empare alors d'un extincteur avec lequel il les menace.*** *Il s'ensuit une échauffourée au cours de laquelle les agents sont légèrement blessés en tentant de désarmer l'agresseur. Ce dernier est interpellé par les forces de l'ordre présentes sur place.* »

- « *Patient entré [en fin de nuit] pour plaie par arme blanche.* ***Dès son arrivée aux urgences a été à nouveau agressé, poursuivi avec une arme blanche par 2 sur 3 agresseurs cagoulés qui ont poursuivi le véhicule des pompiers depuis [tel endroit].*** *Tout le personnel présent. Choqué + patient récupéré dans les toilettes en état de choc.* »

- « ***Un patient aux urgences s'est introduit dans la salle de soins, l'aide-soignant présent lui demande de regagner son box, le patient refuse et devient violent et frappe l'aide-soignant au visage.*** *L'aide-soignant déclenche l'alarme, le service sécurité arrive et plaque le patient au sol, contention physique et chimique sur prescription.* »

- « ***Menace avec*** *arme blanche (****cutter****) d'une patiente sur le personnel soignant.* »

- « ***Le patient à la suite d'une réorientation du médecin, majore son agressivité au point de nous menacer verbalement, menaces de mort, hurle dans le service, tape dans les murs et les objets...*** *La situation ne s'arrange pas (patient agressif +++) malgré l'arrivé du vigile dans les 5 minutes suivant mon appel (malgré l'aide-soignante qui essaye par tous les moyen de calmer le patient). Le patient défie le vigile et continue de menacer les professionnels des urgences, il veut le nom du médecin et des autres professionnels (IDE, AS, ASH…)* ***Aucune négociation possible malgré l'usage de plusieurs techniques de communication.*** *Le patient sort ensuite de lui-même mais revient taper contre la porte d'entrée à plusieurs reprise en proférant des menaces et en nous insultant. Suite à cela l'équipe décide de ne pas lui ouvrir. En parallèle de tous ces événements l'épouse du patient contacte l'établissement pour prévenir l'équipe que son mari pouvait être violent. Après le départ de son mari :* ***l'épouse a rappelé une dizaine de fois exigeant de parler au médecin et a l'IDE, dit être juriste, dit enregistrer nos conversations. Également nous menace de porter plainte.*** *Face à cette situation, l'Infirmière a contacté le cadre d'astreinte. Le vigile a également contacté la gendarmerie pour qu'il se déplace au sein du service.* »

- « ***Après avoir menacé les portiers, l'homme est arrivé dans mon bureau avec un drap sur la tête, le torse ensanglanté, tenant un couteau au niveau du ventre.*** *Il s'est approché, avec une attitude menaçante, à quelques centimètres de mon visage et* ***m'a dit qu'il devait avoir du valium car il s'était battu avec les jeunes de la cité,*** *qu'il était très énervé et devait avoir des médicaments en*

urgence ou il allait tout casser. Je lui ai dit que j'appelai l'infirmière pour qu'il soit pris en charge et qu'il devait patienter derrière la ligne jaune. L'agent de sécurité est arrivé avec un policier (qui se trouvait en faction à l'UHCD) pour le désarmer. »

- « ***Monsieur X s'est inscrit pour une plaie par arme blanche à la jambe.*** *Je lui ai demandé ses papiers pour l'enregistrement. Il m'a donné sa pièce d'identité. Ensuite, j'ai demandé de me confirmer son adresse et son numéro de téléphone. Il m'a dit qu'il était déjà venu et qu'il était connu. Je lui ai expliqué que je devais lui demander ses renseignements pour éviter toute erreur. Il s'est énervé et m'a insulté. il m'a dit, je cite : " je n… ta mère - sale p… - s… - pét…" Puis, il a forcé le passage quand un patient est sorti des urgences, le vigile est rentré pour le faire sortir. J'ai appelé le poste de sécurité de suite car le jeune homme était très virulent. Intervention de l'agent de sécurité des urgences et du maître-chien.* »

La gestion de personnes SDF est délicate comme le rapportent certains signalements. Les urgences sont un lieu d'accueil en plus d'être un lieu de soins. Cette gestion est d'autant plus complexe lorsque ces personnes sont en groupe.

- « […] ***Tags sur les murs d'un des WC*** *de la salle d'attente des urgences.* ***Propos racistes*** *: "****Bonne année 2018 sale vigiles negros, negros, nègres ! nègres ! au four ! au four*** *!" dans un des toilettes de la salle d'attente des Urgences. Évènement indésirable similaire en fin d'année avec peinture refaite. Plainte déposée pour dégradations.* ***Soupçons sur un SDF car nous avons demandé aux agents de sécurité de mettre la "pression" sur cet individu qui squatte au quotidien le coin toilettes des urgences où il lave son linge dans le lavabo et le fait sécher sur le séchoir électrique.*** »

- « ***2 agents de sécurité ont été sollicités par l'IAO des Urgences pour faire quitter les lieux à un SDF, alcoolisé, qui occupait la salle d'attente avec une attitude inappropriée.*** *Ce dernier insulte les agents et se dirige vers le parking de la néphrologie. Les agents lui demandent de quitter le site et l'individu devient menaçant physiquement et verbalement. Des menaces de mort sont formulées : "je vais te crever les yeux, je vais t'envoyer aux urgences, je vais te couper la tête". L'individu finit par quitter les lieux.* »

- « ***Un sdf dormait depuis plusieurs heures dans la salle d'attente des urgences (pluie dehors)*** *:* ***il s'est mis à uriner dans la salle d'attente,*** *puis insultes, menaces de violences et de mort quand on lui a demandé de quitter l'établissement.* »

- « *Une patiente, SDF, psychologiquement instable se présente dans le service.* ***Elle est quasiment nue... elle est bien connue du personnel soignant pour son agressivité très excessive.*** *Elle est persuadée d'être très malade et ne comprend pas sa prise en charge qu'elle estime trop légère à chaque fois. Elle s'énerve, cherche à voir un médecin, elle se balade dans tout le service en hurlant.* »

- « ***Alors qu'il prenait un café au distributeur, un SDF connu de notre service et mécontent du dysfonctionnement de la machine,*** *est venu nous insulter au niveau de l'accueil. Il a proféré des insultes homophobes […] à mon encontre, ainsi qu'un bras d'honneur et le poing dressé vers moi afin de me menacer. Ces évènements se produisent presque toutes les nuits au niveau du hall des urgences avec cette personne.* »

- « *Salle d'attente urgences pédiatriques : individus au comportement suspect qui déambulent dans le service. Fait appel à la sécurité et au cadre, il s'agit en fait de 3 SDF. Ceux-ci sont reconduits vers la sortie.* »

- « ***Intervention des vigiles pour, des SDF ivres qui insultent le public.*** *Problème récurrent dans ce service.* »

Il arrive que des personnes traînent aux urgences sans nécessiter pour autant de soins et pas forcément en période hivernale. Le cas suivant se terminera par une violente agression sur les agents de sécurité.

- « *[tel mois d'été] le service des urgences sollicite notre présence pour un homme agressif et ne nécessitant aucun soin. Nous prenons contact avec la personne et la raccompagnons vers l'extérieur. Lors de ce raccompagnement l'individu nous insulte, puis instantanément bouscule Monsieur "X" puis frappe Monsieur "Y" au visage ce qui lui provoque aussitôt un saignement du nez. Nous maitrisons rapidement l'individu au sol puis faisons appel aux forces de l'ordre. L'individu est pris en charge par la police à [telle heure]. Monsieur "Y" effectue une entrée aux urgences afin de déclarer son accident de travail puis se rend au commissariat afin de déposer plainte.* »

On notera ce patient qui feint d'être drogué pour éviter la garde à vue. Devant le subterfuge découvert, l'équipe médiale est menacée. Les urgences sont le lieu où la personne interpellée va essayer de ruser pour « se faire porter pâle » et éviter la garde à vue.

- « *Menaces de mort proférées par un patient amené par la police (garde à vue), ni alcoolisé, ni "drogué". Le patient aurait tenté d'éviter l'emprisonnement (récidive) en évoquant un problème de santé et des soins à faire, proposé puis refusé, récusé par le médecin.* ***Devant les faits, se sentant démasqué, le patient est devenu agressif et a menacé l'équipe médicale et l'IAO de "revenir pour vous butter à la sortie"***. »

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

On retiendra enfin que des violences peuvent survenir aux urgences parce que des patients pensaient y trouver une prise en charge qui, en réalité, ne peut pas voir lieu en raison de l'inexistence d'un service. Il en va ainsi parfois des urgences qui ne sont pas dotées d'un service d'odontologie.

La teneur des insultes, des menaces physiques, des menaces de mort et leur impact négatif

Les signalements mentionnent régulièrement ce type de propos, expression de l'énervement, de l'exaspération, de la colère, voire de la haine, dépassant parfois l'entendement.

Que les motifs de reproches soient objectifs ou non, ces propos proviennent de personnes qui ne sont pas dans un état normal (altération du discernement, effets de médicaments, de stupéfiants, et/ou de l'alcool, très fortes douleurs physiques agissant sur l'état mental, etc.). D'autres fois, ils proviennent d'une réaction froide et réfléchie de personnes maîtresses d'elles-mêmes réagissant à une « frustration », quelle qu'en soit la cause (Sur les intolérances à la « frustration » et leurs manifestations, voir III. Divers focus page 115).

L'impact psychologique sur les victimes est particulièrement destructeur.[47] C'est donc à dessein que les personnels les rapportent *in extenso* dans certains signalements. Ils ont besoin de l'exprimer pour diverses raisons, dont le fait d'alerter leur hiérarchie.

[47] **Cet impact a même des répercussions sur la performance des équipes médicales.** Une équipe de chercheurs américains et israéliens a publié en août 2015 dans la revue *Pediatrics* une étude qui conclut que ce type de comportement n'est pas sans conséquence sur la qualité des soins. Les auteurs expliquent que leur « *objectif était d'explorer l'impact des*

Il importe que la victime qui désire intenter une action au pénal le fasse au plus vite (dans les 48 heures) et que l'entourage qui aurait pu assister aux faits (collègues, agents de sécurité-sûreté, hiérarchie, etc.) puisse apporter son témoignage, essentiel pour conforter les insultes, les menaces physiques et les menaces de mort, permettant ainsi au parquet de poursuivre à partir du plus d'éléments objectifs possibles.

Ces propos orduriers et insultants, particulièrement humiliants, provoquants et/ou menaçants dégradent les conditions de travail. Les personnels sont psychologiquement atteints par ce climat de violences verbales et de comportements agressifs.

- « *"Si je pouvais, je vous pisserais à la g…, c'est tout ce que vous méritez".* »

- « *Suite à un changement de chambre, violentes insultes de la part du fils d'une patiente envers un aide-soignant. A été très marqué psychologiquement. A consulté le médecin du travail.* » (Unité de soins)

- « *L'équipe s'est sentie agressée, harcelée, fatiguée de ce genre de comportement répété envers les soignants.* » (Urgences)

- « […] *J'ai été choquée et j'ai dû prendre un temps pour me remettre de ce choc psychologique, je me suis sentie salie et humiliée.* » (Accueil Mère-Enfant)

On retiendra ces signalements parmi les expressions de menaces de violences physiques, tant de la part des femmes que des hommes.

- « *Toi, tu ne rentres plus dans ma chambre, si tu rentres je te casse la g… quand tu seras dehors je vais envoyer des gens cagoulés te casser la g...* » (Maladies infectieuses et tropicales)

- « *Je vais venir t'attraper à la sortie de ton travail, sale raciste, tu vas voir ce que ça fait d'aller aux urgences, je vais te démonter la g… quand tu vas sortir de ton truc, je vais t'apprendre à vouloir faire ch… les gens comme moi.* » (Accueil, standard)

- « *La patiente est sortie de la chambre me chercher, malgré l'interdiction due à son isolement, pour me menacer de mort et de me faire tabasser par sa famille qui m'attendra à la fin de mon service.* » (Médecine)

Les expressions de menaces de mort comprennent des mots qui ne sauraient prêter à confusion et qui reviennent fréquemment (« *buter, crever, décapiter, égorger, enlever la vie, éventrer, faire la peau, planter, saigner, trucider, tuer* »).

- « *Je vais vous buter, phrase qu'il a répétée plusieurs fois en s'approchant de moi de façon menaçante.* » (USLD/EHPAD)

- « *Je vais tous vous crever quand je vais sortir.* » (UCSA)

- « *Nouvelles menaces de mort à 5h lorsque nous lui disons qu'il est trop tôt pour sortir de sa chambre : veut nous couper en 2, nous décapiter, nous éventrer...* » (Psychiatrie)

- « *Je vais te découper la tête, je vais te retrouver...c'est quoi ton nom ?* » (Urgences)

---

comportements grossiers sur la performance des équipes médicales ». Les résultats montrent que le temps nécessaire à l'établissement du diagnostic et la rapidité de mise en place du traitement approprié ont été particulièrement affectés par les remarques désobligeantes. L'ONVS n'a pas trouvé d'autres études abordant ce sujet.
Source : http://www.techopital.com/les-remarques-desobligeantes-envers-le-corps-medical-ont-un-impact-sur-la-prise-en-charge-des-patients-NS_1706.html?search=impact%20des%20comportements%20grossiers

- « *Le patient s'est de nouveau présenté aux urgences en agressant verbalement les secrétaires, et a demandé à voir le médecin en disant "je vais le tuer, je vais lui enlever la vie".* » (Urgences)

- « *L'individu devient très violent verbalement avec menace de mort, insulte +++ avec insulte à caractère racial envers les médecins, dit promettre de nous retrouver pour nous faire la peau.* » (Urgences)

- « *Patient en délirium tremens lors de la visite, a donné un coup de tête violent à l'aide-soignante, le menace de "lui faire la peau" quand il ne sera plus attaché, les lunettes de la soignante sont tordues.* » (Pneumologie)

- « *Patient agressif ++ envers l'aide-soignante, la gifle, lui fait tomber ses lunettes avec coups de pieds. Insultes verbales avec menaces de mort "je vais la planter avec mon couteau".* » (Chirurgie)

- « *Propos injurieux envers des professionnels de santé et menaces : "Je vais le planter le médecin et l'infirmière je vais l'en… celle-là".* » (SSIAD, domicile du patient)

- « *Menace de mort de la part d'un patient accueilli au sein d'un groupe d'entraide mutuelle (GEM). "Si tu préviens ma sœur, je reviendrai avec mon poing américain et un fusil pour te trucider...".* » (Autres)

- « *Dit qu'il veut "m'arracher la tête" et "me saigner".* » (Urgences)

Parfois ce sont des menaces sur les familles des personnels ou des menaces de mettre le feu à l'établissement.

- « *Je vais tuer tout le monde, je vais te suivre, je connais du monde, je vais te brûler avec ton enfant" "je vais tous vous tuer", "j'irai à [telle ville]" "je vais tous vous cramer, vous tuer.* » (Pédiatrie, néonatologie)

- « *Après avoir reçu tous les examens et soins nécessaires, a émis des propos agressifs et menaçants envers le personnel soignant (menace de mort, provocations, gestes violents) et envers la structure hospitalière (menaces de bruler et détruire les locaux).* » (Urgences)

- « *Je vais vous tuer et séquestrer vos enfants et brûler votre maison, je connais du monde à l'extérieur* ». (Psychiatrie)

- « *Multiples appels téléphoniques de la part d'une mère d'un patient en secteur fermé, avec menaces (armes) de venir tuer le personnel, de s'en prendre aux enfants de ceux-ci... Insultes ++++.* » (Psychiatrie)

Cette agressivité se manifeste également par des crachats de la part de patients/résidents et d'accompagnants. L'humiliation ressentie par les personnels est particulièrement forte surtout si le projectile atteint le visage. S'il ressort que la plupart du temps ce type de violence, accompagné souvent de morsures et de griffures, de coups et d'insultes, est le fait de personnes souffrant d'un TPN – ce peut-être aussi le cas de personnes qui sont sous l'emprise manifeste d'alcool et/ou de produits stupéfiants, – il n'empêche que certains patients/résidents et accompagnants en pleine possession de leurs facultés commettent ces actes avec intention de nuire.

- « ***Patient très agressif qui est arrivé en radiologie pour faire une radio sans ordonnance.*** *Sortait de la consultation d'orthopédie déjà très énervé. Criait tout seul dans le couloir avant d'arriver. Agressif envers tout le monde dès le début de son arrivée dans le service. Nous avons essayé*

de lui expliquer le plus calmement possible, malgré ses insultes, que nous ne pouvions pas lui faire de radiographies sans ordonnance. Le monsieur s'est beaucoup énervé. Nous lui avons demandé de sortir du service. Dans le couloir, ***il s'est beaucoup énervé et a craché sur plusieurs agents du personnel (4) dont 2 ont pris les crachats dans les yeux.*** *Il a levé la main sur 2 agents également ; La sécurité est enfin intervenue pour le faire sortir du bâtiment.* » (Radiologie)

- « ***Un père de famille d'abord, plusieurs membres de la famille*** *ensuite sonnent sans discontinuer sur le bouton d'appel du service. Après explications sur les règles d'accueil, l'accès leur est refusé. À l'extérieur du service,* ***deux aides-soignantes sont prises à partie par cette famille, des crachats et un acte de violence caractérisé par une prise au poignet de l'une d'elles.*** *Ensuite, les insultes de toutes sortes fusent* […]. » (Réanimation)

- « *M. a ouvert la vitre entre sa chambre et la chambre voisine pendant que je réalisais un soin au voisin. D'un seul coup lorsque j'ai demandé à M. de fermer la vitre, il m'a asséné des coups de poings. Ma collègue aide-soignante est intervenue en entrant dans la chambre afin de maitriser M. Celui-ci s'est montré de plus en plus agressif physiquement. L'avons contenu sur son lit avec difficulté jusqu'à ce que nos deux collègues viennent nous aider. Une violence physique envers ma collègue et moi, sans nom.* ***En plus de la violence physique, une profusion d'insultes et de crachats envers nous.*** » (Médecine)

- « *Patiente assise sur table de chevet en bord de fenêtre, une AS se fait aider d'une étudiante IDE pour la faire descendre car risque de chute. Quand elles ont voulu l'installer dans son lit,* ***elle a donné des coups de pied à l'AS dans le ventre et craché au visage****, puis quand elle lui a lâché les mains, elle a donné un coup de poing au niveau du front : ce qui a provoqué un hématome.* » (Médecine)

- « *Je suis rentrée dans la chambre du patient pour prendre sa température. Elle le prévient en lui disant "Monsieur, je vais vous mettre le thermomètre sous vos aisselles".* ***Elle se penche pour le mettre, le patient lui crache dessus et le crachat a atterri dans l'œil gauche et il l'a fait volontairement selon ses dires.*** *Son crachat était teinté de sang. Donc j'ai dû faire une déclaration d'un accident à l'exposition au sang et être sous antiretroviraux.* » (Réanimation)

- « ***Prise en charge patiente en fauteuil roulant, impatiente dès son arrivée car souhaite être prise en charge avant tout le monde du fait de son handicap.*** *Invective le personnel, puis insulte et fait des gestes obscènes. Lors de l'examen médical, la sœur de la patiente refuse de quitter la salle et menace physiquement le personnel. Bip violence déclenché, puis coups de pied et tentative de morsure, appel de la Police.* ***Les 2 femmes décident alors de partir en proférant menaces et en crachant sur le personnel.*** » (Urgences)

- « *Dans la nuit* […] *arrivée d'un patient M. X pour IMV avec 10 cp de Lexomil,* ***patient non alcoolisé et Glasgow 15.*** *Dès son arrivée nous l'installons en déchoquage et le prenons en charge au niveau somatique dans un premier temps mais le patient manifeste sa volonté de ne pas rester aux urgences.* [longue description de la scène conflictuelle]. *Nous l'emmenons contraint en chambre d'apaisement, le patient devient extrêmement violent, les 3 agents de police, la sécurité, l'interne et 3 infirmières sont nécessaires pour essayer de le maitriser.* ***Le patient nous crache dessus, nous griffe, tente de nous donner des coups de pieds, de poing, s'en suit des menaces de mort.*** […] » (Urgences)

- « ***Un patient contentionné demande de l'eau. Il ne doit ni boire, ni manger car risque de fausse route. L'IDE lui propose d'humidifier sa muqueuse buccale à l'aide de compresses mouillées. Le patient lui a craché dessus à deux reprises.*** » (Urgences)

Les agents d'accueil, « souffre-douleur » de l'hôpital ?

Les incivilités et violences, essentiellement verbales mais aussi régulièrement assorties de menaces physiques ou de mort, d'injures, d'intimidations et d'humiliations supportées par les agents d'accueil des établissements ainsi qu'au standard téléphonique, au niveau de la caisse/admission, des guérites ou encore des loges engendrent de fortes souffrances pour ces personnels, ne jouissant, semble-t-il, au regard des personnes virulentes, que de peu de considération. Seraient-elles considérées comme « les souffres douleurs » de l'hôpital, des sans-grades ?[48]

L'ONVS a constaté lors de ses déplacements une certaine pudeur de la part de bon nombre de ces agents à ne pas déclarer bien des incivilités et des violences, alors que la fiche d'événement indésirable paraissait largement justifiée. Aussi, souhaite-t-il insister sur quelques signalements qui sont à cet égard révélateurs des diverses situations et comportements rencontrés tant dans des établissements publics que privés et dans tout type d'unité.

L'usure, la lassitude, le stress, et l'humiliation ressentis par ces personnels sont des souffrances exprimées régulièrement, comme en témoignent les deux signalements suivants.

- « *Une patiente avec ses deux filles m'ont traitée de sale c… plusieurs fois, la mère m'a reprochée de ne pas sourire à ses filles. Ses filles n'ont pas répondu à mes questions : "nous ne parlons pas aux c…" ont-elles dit. Un médecin leur a donné un RDV malgré leur manque de respect envers moi,* ***je suis peut être qu'un agent mais pas une grosse m… sur laquelle on peut se lâcher.*** »

- « *Je tiens à signaler le comportement inadapté et déplacé d'un patient particulièrement désagréable avec un agent qui au final était en pleurs. Ce jour, il s'en est pris à une dame qui patientait en salle d'attente. Il s'est calmé lorsque le responsable de service est intervenu.* ***Les agents aux guichets ont suffisamment de passages et stress sans en plus à avoir à redouter l'arrivée de certains patients.*** »

Signalements de personnes se présentant physiquement à l'accueil, au secrétariat ou au standard de tout type d'unité.

- « ***Altercation avec un monsieur possédant une carte PM.****, n'ayant plus de place je lui indique le parking PM. à côté de la loge celui-ci étant vide. Le monsieur s'énerve, me dit que je "glande" et m'insulte à plusieurs reprises (c…). Il stationne donc sur le petit parking puis* ***revient à la loge en m'insultant encore et me menaçant le doigt pointé sur moi. Voyant que je ne céderai pas il s'assoit au sol et simule un malaise.*** *Après quelques minutes et voyant que je ne céderai toujours pas, il se relève et rentre à pied au CH.* »

- « ***La petite fille d'une patiente hospitalisée en UHCD veut impérativement pénétrer dans le service pour la voir.*** *Malgré les explications de l'équipe (secrétaire dans un 1er temps puis aide-soignante), celle-ci entre dans la chambre* […] *se montre violente verbalement, elle monte la voix. Ses propos :* ***"Ne me touche pas ! Si tu me touches, je te touche, et je te défonce la g…".*** […] *Tout en la suivant dans le service vers la porte de sortie, elle me dit alors :* ***"Tu n'es rien, tu n'es qu'une m…, tu n'es ni soignant, ni infirmière et tu es qu'une secrétaire de m…"*** *-* ***"Si ma grand-mère fait un arrêt cardiaque, ou qu'il lui arrive quoique ce soit, je reviens et je vous défonce".*** »

- « *Agression verbale très violente d'un* ***patient perdu qui a fait plusieurs lieux d'admission avant de trouver le lieu de sa consultation.*** *Il est tout d'abord arrivé très énervé à l'accueil de [tel service], le personnel l'a calmé. Puis il est venu furibond à l'accueil - réception du bât X où* ***il m'a agressé verbalement et m'a souhaité d'avoir sa maladie (cancer)...*** »

[48] Un défaut dans l'organisation du service (horaires non adaptés, téléphones non décrochés) peut être la source de graves mécontentements. Cette question est un élément important à travailler au sein de l'établissement.

- « ***Une patiente*** *venant enregistrer un bon de consultation* ***au bureau des entrées*** *a agressé verbalement un agent, lui* ***a lancé ses cartes d'identité, de sécurité sociale et de mutuelle****. La patiente a précisé qu'elle ne souhaitait pas enregistrer son dossier avec son nom d'épouse qu'elle ne supporte plus, mais l'agent lui a expliqué qu'elle ne pouvait pas modifier son nom dans la base de données étant donné que la patiente n'a pas effectué son changement de nom sur les documents officiels.* ***La patiente a cherché l'affrontement en reprochant à l'agent de ne pas être assez rapide.*** »

- « *Accueil principal,* ***des jeunes filles du collège ou du lycée sont venues pour prendre des collations au distributeur situé dans le hall.*** *Nous leur avons demandé de sortir car elles faisaient trop de bruit. Elles ont commencé à nous manquer de respect et nous parle très mal (jurons) à ma collègue et moi. Nous avons dû faire intervenir un homme (assistant social).* »

- « ***Au bureau des entrées, un père s'énerve très violemment lorsque l'agent lui demande de présenter une pièce d'identité*** *et qu'il vérifie les renseignements administratifs de son enfant.* »

- « ***Menace verbale et gestuelle envers l'agent du standard****. Contexte : les proches de Mme Y, hospitalisée en* ***réanimation*** *sont devenus agressifs envers moi-même, suite aux instructions données par les IDE de réanimation concernant les visites auprès de la patiente : 4 membres de la famille étant déjà présents, l'IDE a demandé à l'agent du standard de* ***ne pas donner accès à l'établissement à plus de proches*** *pour l'instant (qui plus est, hors horaires de visite). Malgré les explications données, devant l'insistance des proches (cognent à l'interphone, insultent...)* ***j'ai dû appeler l'équipe de sécurité, qui m'a également demandé d'appeler la police, qui sont intervenus.*** »

- « *Au bureau des entrées, une patiente au guichet saisit la conversation de 2 agents et pense qu'ils parlent d'elle. Elle s'emporte de façon virulente, se penche sur le bureau, crie très fort, n'écoute pas ce qui lui est dit. Refuse de fournir les justificatifs qui lui sont demandés pour son inscription.* ***Finalement part en consultation où sa colère est répercutée sur le personnel. Évènement ayant fait l'objet*** *d'un signalement en interne et* ***d'une prise en charge par le psychologue du travail****.* »

- « *Accueil d'un visiteur au standard. M'a agressé verbalement et violemment bien que j'ai pu correctement l'orienter.* ***Je suis resté calme et professionnel et en retrait car il cherchait des objets pour m'atteindre.*** *Appel immédiat de l'agent de sécurité qui s'est fait agresser également.* »

- « *Lors de l'inscription d'une patiente pour son accouchement, le mari de la patiente devient très agressif verbalement et d'un point de vue posture* ***(2 poings fermés sur le bureau et visage à quelques centimètres de l'agent d'accueil)*** *car il lui a été précisé l'impossibilité de garantir la disponibilité d'une chambre seule lors de l'hospitalisation de la patiente.* »

- « *Un ambulancier mécontent d'avoir été invité à patienter s'en est pris verbalement à un agent administratif du bureau des admissions. Des témoins mentionnent des hurlements.* ***L'agent a fait un malaise.*** »

- « ***Quand j'ai demandé sa carte d'identité c'est là qu'il a eu des propos déplacés en vers moi*** *(que je dois me mettre à quatre pattes pour tailler des p…). Je suis restée correcte en vers lui et j'ai continué à faire son enregistrement. Main courante.* »

- « *Une secrétaire est seule à son bureau lorsqu'****une patiente se présente à l'accueil. Elle vient pour un problème d'ordonnance prescrite par le pneumologue.*** *Elle a déjà appelé la veille pour le même souci, la secrétaire lui a expliqué que le médecin était absent, que le message avait été pris et que la demande allait être traitée. Malgré cela, elle se présente donc ce jour au secrétariat.* ***Elle est désagréable, la tutoie et la menace de la frapper. Elle lui demande de sortir du secrétariat.*** *La*

secrétaire demande de se calmer et que si elle continue comme ça elle appelle la sécurité. La patiente lui dit qu'elle n'en a rien affaire et que la secrétaire peut même appeler la police. La secrétaire sort de son bureau, ***la patiente la menace une nouvelle fois son doigt pointé sur son visage : "je vais te frapper tu vas voir..."****. La secrétaire rentre donc dans son bureau et là, la patiente lui dit que sa demande a intérêt à être traitée et qu'elle n'ait pas à revenir.* ***Elle menace une fois encore la secrétaire avant de partir.*** »

Signalements de personnes lors de conversations téléphoniques. Les intimidations sont légions et le harcèlement téléphonique aussi, d'autant que l'interlocuteur profite de l'anonymat visuel qui le protège et l'incite dès lors à être plus virulent.[49]

- « *Appel téléphonique au* ***standard*** *d'une personne très agressive. Il voulait savoir si une personne était hospitalisée au sein de la clinique.* ***La personne n'étant pas hospitalisée, l'interlocuteur s'est mis à insulter l'accueil****.* »

- « *Appel d'une femme qui souhaite avoir le service de gynécologie, elle me dit que ça fait 10 minutes qu'elle appelle et que ça ne répond jamais. L'agent lui explique qu'il faut insister, alors un monsieur prend le téléphone et lui crie dessus en disant qu'il veut avoir le service toute de suite car c'est pour un avortement. L'agent répond que les secrétaires sont occupées mais qu'en insistant ça va aller, il répond "vous êtes incompétente, je veux un rendez-vous tout de suite,* ***tu fais la belle mais je vais débouler à l'hôpital, je vais te régler ton compte, je vais te défoncer...***" »

- « *Suite à un souci administratif,* ***une patiente a appelé*** *(refus de prise en charge de la mutuelle). La patiente a été très agressive dans ses propos et n'a pas permis l'échange.* ***Elle a insulté les secrétaires (grosses p…), menacé de retourner les bureaux si elle se déplaçait. Impossible de discuter, discours logorrhéique.*** »

- « *Agent de la loge chargé de l'orientation téléphonique la nuit. Appel d'un* ***monsieur voulant les urgences, je transfère l'appel, celui me revient aussitôt car la ligne est occupée. Le monsieur s'énerve tout de suite, m'insulte, me menace, très agressif.*** »

- « *L'agent administratif du standard a eu plusieurs appels de la famille d'une patiente pour prendre des nouvelles. Parmi ces appels à plusieurs reprises un des membres de la famille, le neveu, s'est permis violemment de l'insulter de tous les noms, de menacer de venir lui casser la figure ainsi que les locaux de la clinique. L'agent lui a fait comprendre que malheureusement qu'elle pouvait uniquement transmettre les appels et qu'elle n'en savait pas plus sur l'état de santé de sa tante. Le neveu continue de la menacer en disant : "Je vais finir en prison tellement que je vais te casser ta gueule à toi et ta clinique, passe-moi ma tante tout de suite, elle doit me passer 200 €…" et plein d'autres insultes violentes.* ***De ce fait, l'agent lui a signalé que les conversations et les numéros d'appel sont enregistrés. Après cela, il n'y a plus appelé.***»

- « *Une femme appelle le secrétariat pour un RV stomato. Ne veut pas répondre aux questions de la secrétaire, se met à crier et insulter + menaces.* ***Un courrier de la DG pour demande d'excuses a été envoyé à la patiente + courrier de soutien pour la secrétaire.*** »

- « *Une personne extérieure appel par téléphone le centre hospitalier pour demander un renouvellement d'ordonnance psychiatrique. La standardiste qui réceptionne l'appel lui précise de rappeler dès 13 h 30 pour ce type de demande. Devant l'insistance elle lui passe l'équipe*

[49] Un enregistrement des conversations pourrait être mis en place, notamment sous la forme de la qualité d'accueil comme le pratiquent certaines enseignes commerciales : « *Pour améliorer la qualité de notre service d'accueil, nous vous informons que votre conversation est susceptible d'être enregistrée* ». Il est rappelé que la loi réprime les outrages à l'encontre des personnes qui sont chargées d'une mission de service public. Les appels malveillants réitérés sont également réprimés.

psychiatrique qui n'a pas pu lui donner satisfaction. ***La personne énervée a rappelé le standard hospitalier pour agresser verbalement l'agent de propos désagréables comme, "tu ne vaux rien, tu es une incapable, tu ne sais pas faire ton boulot…", et à la fin la menace de se rendre à l'hôpital pour l'intercepter.*** »

- « ***Agression verbale téléphonique/personnel*** *: fille patiente très énervée avec des propos très désagréables "comme quoi l'hôpital était pourri", "une mauvaise prise en charge de sa maman aux urgences" et que* ***s'il arrivait quelque chose à sa maman "elle me tuerait".*** *Appel transféré au secrétariat de direction, appel pris par directrice adjointe.* »

Les agents de sûreté et de sécurité : un travail indispensable au bon fonctionnement des établissements

Que les équipes soient mixées ou non, les agents en charge de la sûreté des personnes et des biens et les agents en charge de la sécurité incendie – dont les missions, pour ces derniers se déportent de plus en plus sur des missions de sûreté – accomplissent un travail indispensable au bon fonctionnement des établissements.

Ces agents interviennent sur leur initiative ou après avoir été avertis par les personnels à la suite de situations qui dégénèrent déjà verbalement puis/ou physiquement pour divers motifs : intrusions forcées dans les extérieurs (automobilistes souhaitant entrer sur un parking), conflits de stationnement[50], intrusions solitaires ou en groupe, trafics divers dans les extérieurs ou dans des bâtiments, intrusions dans les bâtiments (ex : personnes se servant de chambres inoccupées pour venir prendre leur douche comme dans des chambres d'hôtels), dont ceux désaffectés et inoccupés ou en cours de réfection, dans les parkings sous-terrain, sous-sol, dégradations de biens, par incendie (feux de poubelles), vols, rixes entre patients et/ou personnes extérieures, agressions verbales et physiques sur les personnels d'accueil et de standard, sur les personnels de santé dans tout type d'unité, interventions pour des différents avec tous les corps de métiers qui fréquentent régulièrement un hôpital, etc.

Il est donc primordial qu'ils connaissent bien les lieux, les environnements et qu'ils soient au plus près des personnels de santé, qu'ils échangent régulièrement avec eux de ce qui peut sembler sortir des conditions normales et sereines de fonctionnement des services. Des établissements ont mis en place une formation adaptée et conséquente au regard des spécificités de la sécurisation d'un établissement de santé et des diverses interventions (connaître les effets de diverses pathologies, NRBC, incendie, actes de malveillance) car il est aisément compréhensible que ces interventions sont plus complexes que dans d'autres secteurs d'activité. Une formation technique concernant notamment les systèmes de vidéo-protection est indispensable, de même qu'une connaissance des droits, devoirs et limites des pouvoirs des agents assumant ces fonctions (voir formation CPQ-APS). Certains sont formés également pour la médiation et, comme pour les soignants, sur les méthodes de gestion de l'agressivité verbale et physique.

Il convient par ailleurs de noter que ces agents sont parfois eux-mêmes en proie à la lassitude, à l'appréhension, au stress accru, voire à la peur, face à l'augmentation de la violence alors qu'ils n'ont

[50] Sur les problématiques de stationnement dans les voies de circulation d'un hôpital public, sources parfois de conflits et de dysfonctionnement (exemple : devant les urgences), l'ONVS a eu le retour d'expérience d'établissements publics de santé qui ont fait agréer comme « garde particulier assermenté » certains de leur agents pour constater les infractions à la police du domaine public routier (Décret no 2006-1100 du 30 août 2006 relatif aux gardes particuliers assermentés, complétant le code de procédure pénale et modifiant le code de l'environnement et le code forestier). https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000267769&categorieLien=cid

aucun pouvoir de constatation ni de coercition autre que celui de tout citoyen[51] avec une charge de travail grandissante.

On retiendra tout d'abord les interventions de ces agents dans diverses circonstances, qui mettent fin à des situations qui auraient pu dégénérer, avec parfois la maitrise de personnes armées.

- « ***De nuit, un jeune homme est admis aux urgences pour multiples plaies à l'arme blanche.*** *Il était accompagné de son ami qui patientait en salle d'attente.* ***Au moment de partir, son accompagnant a reconnu deux des agresseurs et s'est dirigé vers la porte d'entrée des urgences.*** *L'agent d'accueil l'a fait rentrer instantanément et a fermé toutes les portes électriques pour que les agresseurs ne puissent pas rentrer dans les urgences. Appel direct des agents de sécurité qui sont arrivés rapidement et ont été mis au courant des faits. Appel des manips radios pour qu'ils gardent le patient en radiologie. L'agent de sécurité est donc allé voir le groupe composés d'une vingtaine de jeunes pour les mettre en dehors de l'enceinte de l'hôpital.* » (Urgences)

- « *3 patients blessés par arme blanche à 5h30.* ***Tant que l'agent de sécurité était là, il a maintenu la population dehors.*** *À son départ de poste à 7h00,* ***toute la famille de chaque patient était dans la salle d'urgence, marchaient dans le sang, rendaient difficile la prise en charge.*** *Tentative de reconduire les gens dehors. Pas de gardien 24h/24. Impossibilité de prise en charge des patients en toute sécurité. Comme juste 1 IDE et 1 médecin occupés, personne pour appeler les gendarmes. Mettre un gardien 24h/24 comme ça l'était il y a 1 an.* » (Unité de soins)

- « ***Intervention des vigiles pour retenir une visiteuse qui voulait sauter de la coursive.*** *Tentative de suicide suite à la visite de sa mère en réa. Visiteuse emmenée aux urgences pour PEC spécifique.* » (Autres CH)

- « ***Une jeune fille*** *arrivée avec ses parents aux urgences, est venue très énervée à l'entrée de l'hôpital. Elle* ***a monté les escaliers précipitamment et tenté de réitérer une tentative de suicide en voulant de jeter du 1° étage*** *de la coursive (a déjà tenté cet acte précédemment) raison pour laquelle dès que les vigiles l'ont vu, ils l'ont suivi et l'en ont empêché. Retour aux urgences.* » (Autres, CH)

- « ***Un cousin, en état d'ébriété,*** *rend visite dans l'après-midi à son proche. Vers 19h00, il revient, dans le même état, et provoque un conflit familial. Un membre le menace d'abord avec un pied à perfusion puis avec un couteau de cuisine saisi sur le plateau repas. L'individu est emmené hors de l'établissement par le service de sécurité.* » (Médecine)

- « *Deux perturbateurs dans la cour intérieure du CH qui fument avec une pipe à eau, installés sur des fauteuils, sous le porche [de tel bâtiment] : chahut, agressions verbales, menaces physiques sur le chargé de sécurité.* » (Extérieur établissement)

- « *Vers 00h15,* ***le père d'un des enfants hospitalisés dans le service arrive avec une haleine alcoolique forte et les yeux rouges, prétextant que sa compagne qui est la mère de son enfant lui aurait demandé de venir la récupérer.*** *Compte-tenu de la* ***décision de justice stipulant l'interdiction de droit de visite et d'hébergement au père de l'enfant,*** *mais aussi compte tenue du règlement interne stipulant les horaires de visite jusqu'à 20h00, nous demandons à ce monsieur de quitter le service et l'établissement. Il refuse et nous rétorque qu'il ne "comprend pas pourquoi des personnes étrangères à sa vie, cherchent à empêcher sa compagne et lui de passer la nuit ensemble". Nous lui expliquons que nous ne faisons qu'appliquer la décision de justice dont il fait l'objet. De plus, il est plus de minuit et ce ne sont pas les horaires de visites, donc nous l'invitons à nouveau à quitter les lieux. Il refuse catégoriquement*

[51] Art. 73 al. 1 du CPP : « *Dans le cas de crime flagrant ou de délit flagrant puni d'une peine d'emprisonnement, toute personne a qualité pour appréhender l'auteur* » ; Art 112-7 du CP (état de nécessité) ; Art. 122-5 du CP (légitime défense de soi-même ou d'autrui) - personne/bien.

tant qu'il n'aura pas vu et parler à sa compagne. Quand nous interrogeons cette dernière, elle nie l'avoir contacté et ne manifeste pas le souhait de le voir. ***La sécurité (contactée par nos soins discrètement pendant notre échange avec ce monsieur) est arrivée dans les minutes qui suivent et s'entretient avec ce monsieur pour ensuite le raccompagner vers la sortie.*** » (Accueil Mère, Enfants)

- « ***Entrée d'un patient pour agression physique et alcoolisation à 2,80 gr.*** *Prise en charge difficile, insulte le personnel soignant et menace de mort envers le personnel, crachats... Mise en place de liens de contention sur prescription médicale* ***suite à fugue rattrapé par agents de sécurité. Inventaire fait : arme blanche retrouvée dans les effets personnels.*** *Mise au coffre.* » (Urgences)

- « *Appel d'une IDE pour patient très agressif en pédiatrie C.* ***Patient de 14 ans*** *qui menace de donner des coups de poing dans le ventre à l'IDE. À l'arrivée des agents de sécurité le patient est* ***armé d'une barre de fer.*** *Le patient a été* ***désarmé par les agents de sécurité.*** *Le patient est reconduit dans sa chambre. Des mesures sont prises par l'interne.* » (Pédiatrie, Néonatologie)

Interpellations pour mise à disposition des forces de l'ordre.

- « *[À telle date] à 04h20 nous recevons un appel de la sécu incendie HD pour nous signaler que la porte auto XYZ rez-de-jardin plateau technique X est anormalement ouverte, nous revenons sur les caméras et nous constatons* ***qu'un individu dégrade volontairement la porte*** *à 04h10 min 30 sec* ***et entre dans l'enceinte de l'établissement.*** *Déplacement de l'équipe Sûreté qui interpelle l'individu à 04h40. Arrivée de la police à 05:15 qui prend en compte l'individu. Fin de l'intervention.* »

- « *Site de [telle ville] - Propos de l'agent de prévention et de sécurité : 13h00 lors de ma surveillance aux urgences, deux ambulanciers viennent me voir pour me dire qu'il* ***y a une personne armée d'un pistolet.*** *Je suis sorti pour voir. Arrivé en face de la personne l'arme était sous sa chemise et en 5 minutes une autre personne est venue me voir pour me dire qu'elle a vue l'arme. J'ai appelé la police, ils sont venus de suite et ont appréhendé l'individu.* »

- « ***Quatre personnes déposent un patient aux urgences. Un différend éclate entre deux d'entre elles, bagarre, menace avec une arme blanche*** *(grand couteau). Maîtrise de l'individu armé par l'agent de sécurité puis intervention de la Police Nle. La PN prend en charge les 2 personnes.* » (Urgences)

Pour des situations de violence

- « *Une* ***bagarre éclate devant les urgences entre les deux parties d'une rixe*** *qui a eu lieu à* [telle ville] : *10 personnes d'un côté, contre deux de l'autre. Mise en sécurité des deux individus d'une partie par l'agent de sécurité, intervention de la police et information à l'administration de garde. Les deux personnes mises à l'abri sont, après les soins, évacuées par une autre sortie afin qu'elles ne croisent pas l'autre partie.* » (Urgences)

- « *Patient venu en consultation au CMP, est agité, le médecin appelle le standard qui demande à l'agent de sécurité de se rendre sur place. Le patient sort du bureau médical en forçant le passage et donne 2 coups de poings à l'agent de sécurité qui le maîtrise au sol, demande de renfort par DATI.* » (CMP)

- « *À 4h15 ce matin, deux individus dans un état d'excitation important, a priori alcoolisés, ont donné des coups de tête et ont craché sur la vitres de l'agent d'accueil des urgences adultes "donne nous une cigarette, on veut des cigarettes, on va foutre le b… aux urgences". Ils ont été menaçants avec une jeune femme, seule en salle d'attente, accompagnant son époux, en cours de prise en charge médicale. Se sentant en danger, la jeune femme a demandé à se réfugier au sein du bureau de l'agent administratif des urgences qui lui a tout de suite ouvert la porte ;* ***l'agent a eu du mal à***

retenir les assauts des deux hommes, voulant forcer l'entrée des urgences, il a cependant réussi à les maintenir à l'extérieur et a pu fermer le verrou. *Les deux agresseurs ont fait le tour par l'extérieur et ont endommagé la porte d'accès pompiers vitrée (sortie de son rail), ils ont ainsi pénétré au sein du sas d'entrée des urgences. Voyant arriver le maitre-chien, ils ont pris la fuite en courant.* » (Urgences)

- « *Intervention de l'agent de sécurité à la demande de l'hôtesse d'accueil des urgences car deux individus se disputent à l'entrée des urgences près à en venir aux mains. L'agent de sécurité s'interpose entre les deux personnes pour calmer la situation. Une des deux personnes menace l'agent de sécurité (physiquement et verbalement).* ***L'agent de sécurité a dû maitriser la personne au sol en attendant l'arrivée de la police.*** » (Urgences) »

- « ***Lors d'une auscultation de patient, une externe a été enfermée et retenue contre sa volonté par la force dans le box X.*** *A été étranglée, puis a reçu un coup de poing à la tempe gauche, a mis son sang sur la blouse de l'étudiante. A essayé d'appeler le reste de l'équipe ; intervention de la senior qui n'a pu ouvrir la porte,* ***intervention de la sécurité. Maitrisé par la sécurité,*** *puis intervention de la police après appel. Une plainte sera déposée par l'étudiante*. » (Urgences)

Pour des violences avec arme ou à mains nues commises sur les agents ou par jets de projectiles.

- « ***Un groupe de 15 à 20 personnes est entré sur le site cherchant des urgences*** *pour un jeune enfant souffrant de convulsion. Ce groupe et l'enfant sont réceptionnés par un médecin et un agent dans le hall à proximité du PC incendie. Les premiers soins sont apportés.* ***À un moment donné un jeune homme faisant parti du groupe donne un violent coup de poing à l'agent. Sous le choc, l'agent tombe à terre inconscient.*** *Il est transporté aux Urgences de [tel hôpital]. À son retour, il dépose plainte contre X. L'établissement en a fait de même. Enfant identifié transporté à [tel autre hôpital]. Auteur identifié.* » (Autres)

- « ***Un individu accède à l'hôpital armé d'une barre métallique. Lors du contrôle, l'agent de sécurité ne peut que constater que celui-ci est dans un état second et ne s'arrête pas malgré ses injonctions.*** *Il prévient le chef de poste qui se trouve à proximité. Celui-ci met en place un dispositif d'interception mais l'individu a le temps d'arriver au kiosque à journaux de l'établissement et frappe une personne âgée qui est assise avec son mari en présence de nombreuses personnes. Il ressort de suite et c'est en quittant le bâtiment qu'il est interpellé par les agents de sécurité. L'interpellation est particulièrement violente, l'intéressé se rebellant en tentant de porter des coups à l'aide de la barre métallique aux 3 agents de sécurité. Le chef de poste est blessé. Les agents sont renforcés par deux autres agents de sécurité. Le traumatisme est importun pour les personnes qui ont assisté à l'agression. Le mis en cause a blessé auparavant d'autres personnes dans la ville de ce même hôpital.* » (enceinte intérieur d'un établissement, CH)

- « ***Un agent de sécurité incendie a été agressé par un individu possédant une arme blanche, dans le hall d'entrée de l'hôpital****. L'individu a été appréhendé par les forces de l'ordre, qui l'ont mis en garde à vue.* ***L'agent n'a pas dommages corporels immédiats mais un impact émotionnel très fort.*** *Une évaluation médicale a été réalisée aux urgences. L'agresseur est connu de l'hôpital psychiatrique.* » (Extérieur)

- « ***Suite à l'expulsion d'un ancien patient psy, celui-ci s'est mis à nous jeter des cailloux sur les vitres du PC puis mis le feu aux poubelles devant le PC.*** *Deux extincteurs utilisés. Police nationale avisée et prise en charge de l'individu. Personne connue des services avec précédents dangereux. Menace par arme blanche.* » (Services techniques, sécurité, CH)

- « ***Un agent de sécurité a surpris un SDF bien connu et agressif*** *dans des locaux à proximité des urgences. Il l'a invité à sortir. Ce dernier a refusé et le ton est monté.* ***Cet individu a fait mine de***

prendre quelque chose dans sa poche pour en menacer l'Agent de sécurité. Il a été maîtrisé. Il s'est avéré qu'il s'agissait d'un couteau. *L'agresseur a été conduit au PC sécurité. Il a été interpellé par les services de Police.* » (Urgences)

- « *Après refus d'accès un visiteur* ***lance des pierres sur les agents de sécurité****, police sur les lieux.* » (Extérieur sous-sol, jardin, parking)

Toutefois, en raison de leur statut qui ne leur accorde aucune force contraignante, ils n'ont pas toujours l'autorité suffisante pour rétablir le calme. Les patients et visiteurs les plus belliqueux le savent et en profitent pour faire prévaloir un rapport de force en leur faveur en usant notamment de provocations. Insultes, outrages et violences sont aussi régulièrement de mise. Il faut alors parfois en appeler aux forces de l'ordre.

- « *De retour de permission,* ***le patient trouve son lit occupé par une femme qui refuse de quitter les lieux. Appel du service anti malveillance qui est obligé de faire intervenir les services de police*** *pour expulser l'intrus.* » (Autres MCO)

- « *PC sécurité incendie informé par un riverain de la présence de 2 individus alcoolisés à proximité du parking souterrain de la structure. En effet, descendent la pente vers le parking en fauteuil... Lorsque l'agent du PC-sécurité incendie et le prestataire sûreté leur demandent de quitter les lieux, l'un des deux individus les insulte. Police contactée, intervient à 22:50 et les embarque.* » (Extérieur établissement, sous-sol, jardin, parking)

- « *Appel d'une IDE du service des urgences pour un* ***individu qui fume du cannabis au niveau des distributeurs. Intervention d'un agent de sécurité, l'individu refuse de partir donc appel police.*** *La brigade canine prend en charge l'individu.* » (Urgences)

- « ***M. X consulte à la Maison Médicale pour des douleurs dentaires****, mais il n'est pas content que le médecin lui donne une ordonnance pour qu'il puisse récupérer ses médicaments dans une officine. Il souhaite tout de suite ses médicaments. Il interpelle l'IOA du SAU, et exige qu'elle lui donne des médicaments tout de suite. Devant son refus,* ***l'individu devient agressif et menaçant. L'agent de sécurité s'interpose et lui demande de se calmer*** *et que l'organisation des urgences ne pouvait pas être remise en cause par le premier venu. Pendant ce temps****,* ***l'IOA a requis la Police Nationale dont un équipage arriva rapidement et ordonne à l'individu de quitter les lieux. Il obtempère.*** » (Urgences)

- « ***Une patiente fait appel aux agents de sécurité pour être raccompagnée à sa voiture. Son conjoint, suite à un jugement, n'a pas le droit de l'approcher, a été vu dans l'établissement.*** *Les recherches effectuées, le mari a été retrouvé près du véhicule de la jeune femme.* ***L'homme est extrêmement agressif, et de plus il détient une arme à feu.*** *Les agents tentent de discuter avec lui afin d'apaiser la situation. L'homme tente d'approcher son épouse, puis fini par l'attraper par le bras, puis les cheveux, les 3 agents de sécurité essaient de protéger la patiente et se mettent entre lui et elle. Pendant ce temps le responsable appelle le commissariat. La situation est très tendue, mais l'homme finit par s'enfuir, il est monté dans un véhicule qui est passé le prendre à toute vitesse avant l'arrivée de la police.* » (Extérieur établissement, CH)

- « ***Un patient n'accepte pas la décision du médecin, celui-ci est SDF et est déclaré sortant****. Il refuse de partir, il devient alors très virulent, il crie, insulte les infirmières.* ***Les agents de sécurité ont dû faire appel à la police pour déloger l'individu.*** » (Urgences)

- « ***Les agents de sécurité sont intervenus pour un individu en état d'ébriété,*** *il est assis au sol et il continue à consommer de l'alcool.* ***Ils lui demandent de quitter l'établissement, mais celui-ci refuse****, trop ivre pour pouvoir bouger il les envoie balader. Les agents insistent, ils lui proposent de*

l'accompagner aux urgences mais l'homme explique qu'il n'est pas malade, il veut juste qu'on le laisse en paix. ***Il est très provocateur, et se moque des agents qui finissent pas appeler la police qui interviendra rapidement.*** » Extérieur établissement (sous-sol, jardin, parking)

- « *Le service fait appel aux agents de sécurité pour un* ***patient très agité,*** *il est* ***en état d'ébriété*** *et est* ***ingérable****. Il est très bruyant,* ***crie, chante et effraie les personnes en salle d'attente. Les agents en grande difficulté font appel à la police.*** » (Urgences)

- « [Telle date], *en début de nuit vers 21h,* ***agression physique d'un agent sécurité à l'entrée péri par un visiteur venu voir sa femme en maternité. N'aurait pas supporté que l'accès dans l'enceinte de l'hôpital avec son véhicule ne lui soit pas autorisé.*** *Agression devant témoins extérieurs et personnel paramédical qui décrit la situation où un agent du PC sécurité se serait fait rudement molester. Intervention de la police nationale pour rétablir l'ordre. Par la suite agresseur ayant garé son véhicule à l'extérieur puis est allé rendre visite à sa femme en maternité. Passage aux urgences adultes de l'agent de sécurité. Arrêt de travail prescrit. Évènement transmis à l'administrateur de garde en second. Un dépôt de plainte a été fait au commissariat.* » (Extérieur sous-sol, jardin, parking)

- « ***Un visiteur a voulu entrer dans l'établissement en véhicule alors que c'est interdit.*** *Malgré les explications données par l'agent de sécurité, le visiteur est sorti de sa voiture et a frappé l'agent de sécurité. Intervention des autres ADS et de la Police. Interpellation de l'auteur des faits et plainte de la victime.* » (Extérieur sous-sol, jardin, parking)

- « ***Un agent de sécurité est victime de violences physiques de la part d'un visiteur qui veut entrer dans l'enceinte de l'hôpital alors que c'est interdit.*** *Intervention des autres Agents de sécurité et des services de police.* ***L'agent de sécurité a été victime de coups de pieds, est tombé au sol et a été blessé à la tête. 8 jours d'ITT.*** *Plainte déposée.* » (Extérieur sous-sol, jardin, parking)

- « ***Les mis en cause se présentent aux urgences car l'un d'entre eux est blessé. Estimant le délai d'attente trop long*** *ces derniers deviennent agressifs verbalement avec le personnel soignant.* ***L'agent de sécurité leur demande de se calmer et en guise de réponse, il reçoit des coups aux thorax.*** » (Urgences)

- « ***Agression d'un homme très alcoolisé et agressif envers l'agent de sûreté posté à l'entrée. Coups de poings, de pieds, crachats, envoi du poteau de balisage sur l'agent, qui s'est défendu à son tour avec la radio*** *(Motorola) qu'il avait en main. Homme blessé à l'arcade sourcilière amené aux urgences. Intervention de la police. Dépôt de plainte.* » (Urgences)

- « ***À l'internat, un individu était en train de voler de la nourriture. Alors que les agents de sécurité essayaient de dialoguer avec lui, il a détaché son chien.*** *L'individu a commencé à se braquer, est devenu agressif et voulait partir. Le chien n'était pas tenu.* ***L'individu est parti en courant, l'agent de sécurité l'a poursuivi et au moment où il l'attrapait, le chien l'a mordu à l'aine.*** *D'autres agents de sécurité ont attrapé l'individu qui a été pris en charge par la police. Le chien n'a pas été lancé par son maître, il l'a aussi mordu. Plainte victime et établissement.* » (Autres)

Les intolérances à la « frustration » et leurs manifestations

Les personnels soignants reprennent régulièrement dans les signalements le mot « *frustration* », lequel se retrouve tant en psychiatrie que dans d'autres spécialités, même s'il apparaît plus souvent signalé en psychiatrie. Il est possible de définir la frustration comme une réaction violente, verbalement et/ou physiquement, à une ou à des contrariétés de tous ordres. Elle est souvent

imprévisible et soudaine[52] dans ses manifestations lorsque l'auteur souffre d'une pathologie ou est en manque ou encore sous l'emprise d'un état alcoolique. Ces effets peuvent se déclencher moins rapidement avec n'importe quel citoyen contrarié, sain de corps et d'esprit, mais avoir des manifestations tout aussi violentes. On pourrait parler de colères froides.

Les signalements qui suivent évoquent diverses raisons de frustration et les manifestations qu'elles génèrent.

- « *Lors de sa sortie habituelle de 13h30, M. X accompagne un patient dans le couloir vers le patio de l'unité.* ***En l'informant que la séance de sport de vendredi était annulée, le patient sur un moment de frustration donne un coup de poing au soignant de manière violente et imprévisible.*** *Il le tape de plein fouet en plein visage. Le patient est alors contenu dans le couloir, et chute au sol lorsque nous essayons de le maitriser car ce dernier se débat avec force. Le patient est alors reconduit en chambre et mis en pyjama.* » (Psychiatrie)

- « ***Lors de sa séance de classe avec l'enseignant, l'enfant n'a pas supporté la frustration. Il*** *est devenu agressif en paroles et en actes :* ***jets d'objets*** *(téléphone portable, chaussures, ciseaux, crayons) en direction de l'enseignant, renverse des objets, le mobilier. L'enseignant contient l'enfant qui se met en danger et le met en danger. Il* ***griffe et essaye de mordre l'enseignant, donne des coups de tête.*** *L'enseignant est seul dans sa salle fermée à clef et ne peut prévenir personne. Au même moment, une collègue vient chercher l'enfant pour partir et entend les cris dans la classe. Elle essaye de déverrouiller la porte mais n'y arrive pas immédiatement. Un autre collègue réussit à ouvrir la porte. Les collègues aident l'enseignant à le contenir, à lui mettre ses chaussures. Ses chaussures mises, il se calme et part avec le taxi.* » (Foyer d'enfance / Adolescents)

- « *9h : lors de l'administration des traitements, éducation sur la bonne prise médicamenteuse qui engendrera beaucoup de frustration chez le patient. 9h45 : entretien médical. 10h : à l'issue de l'entretien, sort du bureau en criant, claque les portes,* ***lance les chaises, frappe contre les murs.*** *10h15 : entretien médical signifiant au patient sa réorientation au regard de sa sortie prononcée (rupture de contrat). 10h30 : profère des menaces de mort à l'encontre d'un infirmier.* » (Addictologie)

- « ***Le patient est tendu depuis 1 heure. Frustration sans raison,*** *agresse d'autres patients. Se calme après négociation avec soignants. Calme (mais reste tendu) au moment du repas de midi. Une fois le repas terminé, demande à regarder la télévision en salle de vie => Demande acceptée. Le patient* ***profite de notre absence pour étrangler une autre patiente*** *(J'entends la patiente crier, je me rends donc avec ma collègue en salle de vie, c'est à ce moment-là que nous voyons la scène).* » (Psychiatrie)

L'usage de produits stupéfiants ou être sous l'emprise de l'alcool renforce l'intolérance à la frustration.

- « *Je me rends dans la chambre de M. X, hospitalisé au service XY et sortant ce jour sur consignes du Dr X, pour procéder à la réfection de pansement et lui expliquer les papiers de sortie, accompagnée de ma collègue. Alors que je commence à lui expliquer les ordonnances et la date du rdv post opératoire, le patient refuse de sortir ce jour, demande comment il va faire à la maison. Ma collègue et moi lui expliquons que c'est une décision médicale, que nous pouvons lui commander une ambulance pour rentrer et qu'il aura toutes les ordonnances pour les soins à domicile et le matériel orthopédique. Le patient me coupe dans mes explications, dit qu'il veut rester seul. Nous quittons donc la chambre et je referme la porte derrière moi. Alors que je me trouve dans le couloir, le patient arrive dans un fauteuil roulant du service, me parle de manière agressive et impolie. Il me tutoie et*

[52] Sur le caractère « imprévisible », « soudain », « sans signe avant-coureur ou précurseur », v. III Divers focus. L'imprévisibilité et la soudaineté des violences, page 120.

*m'agresse verbalement car selon ses propos je lui aurais fermé la porte au nez**. Il me menace de me "cracher à la gueule" et me somme de me taire. Il m'ordonne de pousser mon chariot à plusieurs reprises. Patient présentant une attitude agressive depuis le début de l'hospitalisation avec consommation de stupéfiant + tabac en chambre. Intolérant à la frustration.*** » (Chirurgie)

- « […] *Depuis [telle date], nous prenons en charge M. X sur le CMP. À ce jour, la prise en charge devient difficile sur notre structure. Après 5 passages sur le CMP, le patient devient de plus en plus agressif, persécuté et virulent. En effet, [à telle date] à 11h, celui-ci s'est présenté alcoolisé, énervé, persécuté et interprétatif. Il avait de multiples demandes auxquelles nous ne pouvions répondre (argent, nourriture, logement).* ***Frustré, il a menacé l'équipe soignante de violence physique et de s'en prendre à des citoyens dans la rue*** *"Je vais redevenir méchant, je vais frapper et refrapper parce que vous me prenez pour un c…. Et de toute façon je repasserai tous les jours s'il le faut". »* (CMP)

- « ***Patient détenu*** *dans [telle ville] admis vendredi 5 au soir. À la suite de la visite du psychiatre de garde vers 19h15 et* ***dans un contexte de frustration, le patient menace de se faire du mal dans le but exprimé d'être adressé aux urgences.*** *Dès que nous quittons la chambre, nous sommes alertés par des bruits sourds évoquant des coups portés au mur. Lorsque nous nous présentons pour voir ce qu'il en est, nous constatons que le patient est parvenu à arracher le robinet de la salle d'eau provoquant l'inondation du lieu et nous obligeant à couper les vannes extérieures et à appeler simultanément des renforts sur les pavillons annexes. Le patient s'en prend également à la fenêtre avec le robinet et menace de se retourner contre nous si nous tentons d'entrer. Après multiples négociations, il finit par déposer le robinet au sol et adopte une attitude plus conciliante devant le nombre de renforts. Nous devons le changer de chambre et poser les contentions devant le risque de récidive.* » (UMD)

- « *Après de multiples passage dans le bureau des transmission pour me poser toujours la même question. Au bout de quatre passages le patient semble frustré de ma réponse et mon refus d'ouvrir sa chambre. Il m'attrape le poignet à deux mains et serre fort bien que je lui demande d'arrêter.* » (USLD/EPHAD)

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

- « *Suite à une frustration, un enfant a voulu casser ses lunettes. Lorsque l'éducatrice est intervenue pour l'en empêcher, celui-ci l'a giflée violemment, provoquant un mal de tête qui est passé au bout de 10 minutes.* » (Psychiatrie)

- « *À la fin du repas, suite à une frustration, un enfant se jette sur l'enfant en face de lui pour lui prendre son dessert, je réussis à intercepter son geste. De colère l'enfant me donne un coup de poing violent sur le nez.* » (Psychiatrie)

Les personnes « désorientées » : violences et conséquences

Les personnes « désorientées » ont parfois des gestes très violents, d'autant plus si elles se saisissent d'objets qui peuvent alors devenir des armes par destination[53]. Les conséquences peuvent être lourdes physiquement mais aussi psychologiquement pour les personnels, autres patients et même pour les accompagnants qui en sont victimes. Il arrive que les personnels interviennent en grand nombre pour maitriser le patient non sans mal, malgré l'injection de produits qui ne

[53] Sur l'énumération des armes par destination, voir ✓ Remarque 5, page 23.

produisent pas forcément un effet suffisant pour calmer la personne désorientée. Les personnels doivent faire preuve de vigilance extrême lors de la crise pour esquiver les coups. Les formations pratiques à la gestion de l'agressivité verbale et physique révèlent toute leur utilité, même si parfois, l'acte étant tellement imprévisible ou trop violent, le coup sera difficilement parable. Tous les services et unités sont impactés par ce type de violence. Du matériel spécifique permet de se protéger et d'en limiter les effets.

Patient désorienté qui donne des coups avec une arme par destination.

- « *Service de neurologie. Un patient désorienté-dément criait dans sa chambre, un personnel vient voir ce qui se passe. Le patient était allongé dans son lit, correctement, ne voulait rien de particulier et faisait du bruit en bougeant les mains, en tenant apparemment une casaque en bouchon. Il avait vidé le contenu de son bol sur le sol, on ne retrouvait pas le bol. L'AS devine qu'il y a quelque chose de cassé, du verre peut-être, dans la casaque "en bouchon". Veut lui retirer doucement des mains, s'approche et là* ***le patient la frappe avec ce genre de baluchon fait avec la casaque qu'il portait et avait retiré, dans laquelle il avait un bol cassé en morceaux.*** *Soin local fait à l'AS. Celle-ci se plaint de suite de violentes douleurs à la joue droite, saigne, a une* ***coupure sur le bas de la joue droite, d'environ un bon cm, avec une douleur coin inférieur de la lèvre inférieure.*** *Service des urgences appelé, vu avec médecin du service. AS examinée par médecin, pas besoin de suture, déclaration accident professionnel fait.* » (Médecine)

- « *M. X, ingérable la nuit, désorienté ++ suite à un AVC post-opératoire, agité, agressif. Il refuse tous les soins infirmiers (calciparine, nursing…). Ne se laisse faire qu'en présence du MDG (homme). Se lève la nuit, va dans les chambres des autres patients, hurle, tente de sortir sur la terrasse, veut tout casser dans les réserves... Il y a impossibilité de le ramener en chambre sans le MDG. Son voisin a été placé dans la chambre Z pour la nuit.* ***Sa canne, vraie arme de guerre qui a failli me briser les doigts, a été récupérée par la famille.*** » (SSR)

- « *Patient à J1 d'une opératoire chirurgicale très désorienté dans le temps et l'espace en soirée. Il est devenu agressif et violent sans raison apparente. A essayé et a réussi à nous frapper, à nous mordre et à nous gifler.* ***Jette du matériel au visage (télécommande du lit). Appelé en renfort pour aider à contenir le patient, l'objet a heurté mon oreille gauche****. Difficile à maintenir, ce qui a eu comme* ***conséquence des douleurs dorsales et à l'épaule droite****.* » (Chirurgie)

- « *Mme Y très désorientée ce soir et opposante à l'hospitalisation se met soudainement à frapper un membre du personnel à l'aide de sa canne en bois. Elle frappe violemment la soignante au niveau de l'oreille et du cou.* » (Psychiatrie)

- « *Patient agité, désorienté dans le temps et l'espace à 7h. Tentative infructueuse de l'apaiser, refus catégorique de prendre ses médicaments, son petit déjeuner, prise de constantes impossible. Porte laissée ouverte pour optimiser la surveillance, appel au médecin de garde mais injoignable. Quelques minutes plus tard, retrouvé ceinture robe de chambre autour du cou entrain de serrer de toutes ses forces. Avec l'aide de plusieurs collègues, ablation de la ceinture, réinstallation au lit, tentative infructueuse de lui faire prendre ses médicaments. Ma collègue ASH voulant lui proposer de manger pour le petit déjeuner,* ***il s'est saisi du bol et l'a jeté violemment à travers la pièce. Celui-ci a malencontreusement heurté la tête de son voisin de chambre face latérale gauche du crâne causant une plaie sanguinolente ayant nécessité suture par colle aux urgences.*** *Dr X, joignable à 9h25, prescrit téléphoniquement administration d'une ampoule de Loxapac en IM. Changement de chambre effectué en fin de matinée par mesure de protection*. » (Médecine)

Patient qui donne des coups (tête, poing, pied), griffe, mord, crache, tord poignets et bras, étrangle, menace ou insulte. Il peut aussi se faire du mal.

- « *Patiente désorientée tenant des propos incohérents suite à la séance d'ECT, qui blesse l'agent à l'épaule en réalisant des mouvements violents.* » (Radiologie)

- « *Un patient est retrouvé dans le couloir désorienté, pupilles dilatées, incontrôlable. Les 2 soignantes lui expliquent qu'il est tôt et qu'il peut aller se recoucher. Il n'entend pas et frappe une des deux soignantes puis rentre dans une chambre ou une dame est en fin de vie en présence de sa fille. Il tente alors de frapper cette accompagnante. Les 2 soignantes font sortir le patient en fureur. Il* ***tord alors le bras de l'aide-soignante, sa collègue tente de lui faire lâcher le bras de sa collègue. L'aide-soignante parvient au bout de quelques minutes à se dégager seule****. Il est raccompagné dans la chambre. Il tente encore de donner des coups de pieds aux agents, hurle et tient des propos incohérents. À ce moment-là* ***il pousse l'IDE contre la porte qui se frappe la tête en reculant.*** » (SSR)
- « *Le patient très agressif, désorienté, pince et crache sur les personnels hospitaliers.* » (Rééducation). • « *Patient désorienté très agressif (****coup de poing et coup de tête à l'encontre du personnel soignant****).* » (Urgences) • « *Le patient désorienté met un* ***uppercut à la mâchoire du personnel soignant, alors que celui-ci l'aide à se coucher.*** » (Médecine)

- « *Mme Y.* ***IDE, a été saisie au cou par derrière et étranglée par une clé au bras par un patient de 80 ans lors de son installation en box médecine (avec une réelle volonté d'étranglement).*** *Patient véhément et énervé au moment de l'installation en box. Il était calme en file d'attente. Il a fallu l'intervention de l'AS et d'un autre infirmier pour le faire lâcher. Appel en urgence de la sureté afin de maîtriser et contentionner le patient. Patient avait été amené à 23h par la police car retrouvé au volant de sa voiture désorienté et confus.* » (Urgences)

- « *Une ASH qui rangeait du linge près de la salle de soins a été attrapée au cou par derrière et au niveau de son bras.* ***Le patient lui a arraché sa boucle d'oreille. Elle a crié et il a lâché après un temps de négociations.*** *Patient désorienté, impulsif, qui présente des épisodes d'agressivité envers les autres patients également.* » (Psychiatrie)

Patient qui s'en prend à d'autres patients et accompagnants (créant un fort sentiment d'insécurité chez les autres patients et pour les familles). Des patients déambulent dans d'autres services se mettant en danger ou mettant en danger d'autres personnes.

- « *Un résident a lancé une chaise sur une résidente qui était dans son lit, ce résident cherchait sa chambre et ne comprenait pas qu'il n'était pas au bon endroit. Ce résident dit vouloir "fracasser" la prochaine personne qui viendrait dans sa chambre.* » (USLD/EHPAD)

- « ***Fils d'un patient [de tel secteur] a agressé verbalement une patiente désorientée puis le personnel soignant en hurlant et en tapant du poing sur la table que ce n'était pas normal de garder une patiente comme elle****.* » (USLD/EHPAD)

- « *Intrusion d'une patiente d'UHCD désorientée, dans des chambres de maternité.* » (Gynécologie, obstétrique, maternité)

- « *L'ASD déclare : "dans la nuit du 2 au 3 octobre, comme les nuits précédentes, le patient pose problème. Ce dernier est désorienté, fume dans l'enceinte de l'établissement, déambule dans l'hôpital, entre dans les chambres des autres patients, les effraie, se montre agressif, a "emprunté" des vêtements a un autre patient, sonne dans les autres chambres, patient ingérable* ***(la famille d'un patient a déposé une main-courante à cause de son comportement)****".* **»** (Médecine)

- « *Hier soir nous avons été appelés par une aide-soignante qui finissait sa journée car monsieur se trouvait sur le parking de l'établissement au niveau du bâtiment X.* ***Le patient était sur le parking en chaussette et en tee-shirt : il faisait très froid.*** *Je reste avec lui pendant 40 minutes*

sachant qu'il était agressif physiquement et verbalement (il me donne des coups dans l'épaule droite), 30 minutes à attendre le pc sécurité. Le patient est désorienté et confus. IDE seule dans le service pendant ce temps. » (Extérieur établissement (sous-sol, jardin, parking) MCO)

- « ***Résident désorienté qui porte un coup à la poitrine de la fille d'une résidente*** *parce qu'elle lui dit qu'il s'est trompé de chambre.* » (USLD-EHPAD)

À propos de la maitrise physique de ces patients.

- « *J'ai accueilli un patient dans le service à 16h, cette personne était désorientée avec des propos incohérents. Après avoir reçu de la visite, il est devenu très agressif, s'est arraché sa perfusion devant moi. N'ai pas eu le temps d'appeler le médecin pour envisager un médicament pour le calmer. Ma collègue et moi-même étions auprès de lui,* ***c'est alors qu'il a avancé vers moi, voulant me frapper. J'ai esquivé le coup et été dans l'obligation de l'immobiliser en lui faisant une clé de bras.*** » (Unité de soins)

- « *Vers 2h30, nous retrouvons M. X déambulant dans les couloirs de la médecine. Tonique, agressif, violent, renverse tout intentionnellement sur son passage : chariot de linge, veut démonter les barres de maintien dans les couloirs, projette une chaise en bois contre la fenêtre dans le salon des familles, cri, insultes envers nous et une famille accompagnante présente cette nuit, rentre dans les chambres... Agressif et violent envers nous, confus et désorienté, veut sortir, appeler les gendarmes... Impossible à raisonner, ni à approcher. Patient entré [telle date] pour trouble du comportement. Nécessité d'appeler le médecin de garde en début de nuit pour prescrire une contention abdo dont il est sorti lors de son agitation. Appel médecin de garde et IADE pour renfort. Interne de garde présent aussi****. Reste impossible à raisonner. Obligation de le plaquer à plusieurs (7 soignants) afin de le contenir et administrer les soins nécessaires,*** *ainsi qu'une contention abdo + poignets + pieds installées dans le lit.* » (Médecine)

L'imprévisibilité et la soudaineté des violences

Les termes « *soudain* » « *imprévisible* » « *brusquement* » (au sens de soudainement) « *sans (aucun) signe précurseur* », « *sans (aucun) signe avant-coureur* », « *sans raison apparente* », « *(tout) d'un coup* », « *inattendu* » apparaissent régulièrement dans les signalements avec mention de violences physiques, qu'elles soient dirigées contre les personnels de santé ou des patients.

Ces imprévisibilités et soudainetés se manifestent tout particulièrement au sein de structures accueillant des patients qui présentent des troubles psychiques ou neuropsychiques (gériatrie, psychiatrie, etc.). Quel que soit le motif de la violence et la structure où elle se déroule, il apparaît important de bien préparer les personnels soignants à adopter une attitude de vigilance et d'approche des patients souffrants de ces pathologies. Leurs gestes violents laissent des traces physiques mais aussi psychiques. Les signalements reproduits ne font état que des violences physiques.

- « *Mme Y* ***a soudainement eu un délire de persécution*** *sur le thème du vol de la clef de sa chambre.* ***Elle a tordu l'auriculaire de la main droite de l'AS*** *en service en l'accusant d'en être la responsable.* » (USLD/EHPAD)

- « ***Mme Y, aide-soignante*** *en CSG* ***a reçu un coup dans le haut du thorax sur le côté gauche donné par un patient****. Ce patient admis pour bilan d'aggravation neurocognitif depuis le début de son hospitalisation le 28/02 en CSG présentait des propos incohérents avec une désorientation mais n'avait jusque-là pas présenté d'agressivité verbale ou physique. Ce jour, en fin de matinée quand l'AS a voulu installer les affaires du patient (feuille et feutres) sur son adaptable pour lui permettre de*

colorier, celui-ci assis au fauteuil s'est brusquement tourné vers elle, lui a donné un coup dans le thorax tout en la traitant de voleuse. ***Mme Y a été surprise par le geste imprévisible du patient et choquée.*** » (Gériatrie, court séjour)

- « *Patient de retour de bloc se déperfuse. L'infirmière lui prodigue les soins avec son aide. Puis* ***brusquement il porte un coup au niveau de la gorge de l'infirmière****. Patient qui présente des troubles cognitifs a été recadré par le corps médical. Pas de volonté de la part du personnel victime de déposer plainte.* » (Rééducation)

- « ***Lors de la toilette le patient est pris subitement d'hallucinations visuelles.*** *Se met d'un coup assis dans son lit, dit voir quelque chose derrière moi, se met à crier en me demandant de reculer, devient très agressif, incontrôlable. Puis se met debout dans son lit, cherche à grimper au mur, à ce moment-là perte de contact total, nous n'arrivons plus à le raisonner. Nous décidons de sonner en urgence afin de mobiliser toute l'équipe à savoir 3 AS et 2 IDE.* ***Le patient est hors de contrôle, nous essayons de le calmer. Il nous griffe, nous frappe, nous tords les doigts, essaye de nous mordre, nous insulte et nous menace...*** *Nous parvenons à le contentionner (contention abdo, 2 mains et 2 pieds) avec énormément de difficultés,* ***nous donne des coups de pied, nous insulte, a une force impressionnante.*** *Une fois patient immobilisé et en sécurité ma collègue IDE appelle le médecin de garde.* » (Médecine)

- « *La patiente était assise au fauteuil,* ***a soudain pris mon bras, l'a tordu et projeté la soignante au sol. La soignante a été surprise de ce geste****.* » (SSR)

- « ***M. s'est levé d'un coup de sa chaise et a attrapé une résidente par le poignet,*** *ne voulant pas lâcher,* ***à 2 soignantes avons voulu le faire lâcher le poignet de la dame****, mais en vain.* ***A frappé l'une d'entre nous à coup de poing et tordu le poignet de l'autre.*** *Douleurs au poignet pour une soignante et rougeur mais sans douleur pour la résidente.* ***Résident dément et imprévisible...*** » (USLD/EHPAD)

- « ***M. était assis face à la fenêtre, calme. Il s'est levé d'un coup et a voulu étrangler une aide-soignante*** *qui était assise plus loin dos à lui. Les autres soignantes sont intervenues, elles ont maitrisé M., l'ont isolé et assis à une table plus loin. Elles l'ont ensuite occupé à lire le journal. Il est resté calme ensuite.* ***Le résident présente d'importants troubles cognitifs.*** » (USLD/EHPAD).

- « *Un enfant de l'unité a été victime d'hétéroagressivité de la part de la même patiente [enfant] et ce à plusieurs reprises malgré la présence des soignants.* ***Enfant imprévisible et très rapide.*** » (Unité de soins, psychiatrie)

- « *Le patient* ***m'assène plusieurs coups de poing au visage de manière imprévisible*** *lors d'un raptus délirant.* » (UMD)

- « *Agitation psychomotrice d'une patiente qui lance en salle une table sans raison apparente. Sommes obligés de contenir la patiente qui agresse les soignants. Morsure, griffure et donne des coups. Situation récurrente chez cette patiente qui a agressé plus de 7 à 8 fois le personnel, au départ* ***sans raison apparente ni signe avant-coureur, à part celle de faire mal volontairement et quand elle en a envie****. Ce sont les propos qu'elle tient au médecin lors des entretiens post agressions. Les deux agents ont consulté leur médecin traitant. La procédure d'AT a été faite à la DRH.* » (UMD)

- « *Après avoir installé sur le siège avant passager du minibus, au départ de la MAS, un patient a commencé à s'agiter et a arraché le câble de recharge du téléphone du véhicule, a jeté le volant factice qui devait lui servir de distraction* ***puis s'est soudainement retourné vers le chauffeur et lui a***

donné plusieurs coups de poing dans le bras qu'il a eu juste le temps de lever afin de protéger son visage alors qu'il était en train de conduire *avec 5 autres passagers à l'arrière (4 patients+ 1 AS).* » (MAS)

- « ***Sans raison apparente, une résidente a attrapé violemment les cheveux de l'aide-soignante.*** *Ne voulait pas lâcher prise, il a été très difficile de "libérer" la soignante.* » (MAS)

- ***« Sans raison apparente le patiente décoche un coup de pied à l'AS*** *venue suite à son appel.* » (Réanimation)

- « *M. X, patient de l'unité, était présent en salle commune avec une partie des autres patients de l'unité sous la surveillance de deux soignants. Alors qu'un des soignants répondait au téléphone de l'unité et qu'une autre soignante se trouvait devant lui et lui proposait un ballon****, le patient a tout d'un coup levé les mains sur la soignante, la frappant à plusieurs reprises.*** *Le patient a dû être contenu et isolé en chambre d'apaisement. Son traitement si besoin injectable lui a été administré. Le repas de midi lui a été servi dans le sas des chambres d'apaisement.* » (Unité de soins EPSM)

- « *Patient allongé pour effectuer un bilan sanguin.* ***Se lève de façon imprévisible et frappe au visage une infirmière,*** *frappe ensuite les 2 infirmières qui essayaient de s'interposer. Force le passage pour sortir dans le service et bouscule violemment l'ASH présent.* » (Psychiatrie)

Cette imprévisibilité et cette soudaineté, assorties de violences, sont parfois la conséquence d'une incompréhension, d'un désaccord par le patient d'un soin prodigué ou proposé, d'un protocole appliqué, ou encore d'un différend soit immédiat, soit accumulé dans le temps et pour des raisons parfois non relatées, avec le soignant ou un autre patient/résident. Le patient peut également se sentir surpris ou agressé par le geste qui va le déranger et réagir violemment, alors que d'habitude il ne manifeste aucune agressivité.

- « *Au moment du rasage du patient,* ***celui-ci m'a donné un coup de poing dans le ventre sans signe avant-coureur. Le patient a alors le regard noir.*** *Je me retire et j'appelle un collègue pour qu'il vienne m'aider.* » (USLD/EHPAD)

- « ***Patient ayant poussé violemment une autre patiente sans raison apparente*** *et qui s'est blessée en heurtant un radiateur.* » (UHCD/UHTCD)

- « ***Lors de la toilette d'un résident, ce dernier s'est énervé d'un coup.*** *Il s'est levé et a attrapé les poignets de l'AS et l'a plaquée violemment contre le mur.* » (USLD/EHPAD)

- « ***Lors du débarrassage du plateau repas*** *j'ai demandé au patient de s'essuyer la bouche car il avait mangé salement, le patient étant toujours souillé je lui ai expliquée que j'allais l'aider,* ***le patient a accepté et d'un coup pris d'un accès d'agressivité, il m'a mis un coup de poing dans la mâchoire côté droit****. Pour le soin nous étions deux, ma collègue était témoin. Le patient est* ***connu pour son agressivité.*** » (SSR)

- « ***Lors du coucher, le patient m'a donné un coup de pied inattendu*** **dans l'estomac** alors qu'il était calme durant le début du soin. » (USLD/EHPAD)

- « ***Un patient m'a donné un coup de poing dans le ventre*** *alors que j'allais prendre ses constantes et sa glycémie* ***sans raison apparente****.* » (Médecine CH)

- « ***Patient de 85 ans habituellement calme dans le but de lui faire un bladder*** *car il n'urine pas depuis le matin. On lui demande de se coucher dans le lit car de plus il s'endormait dans le fauteuil et penchait sur le côté,* ***d'un coup*** *le patient* ***s'est énervé très violent envers le personnel***

(coup de tête + coup de pied + coup de poing) *on était deux soignantes : obligées d'appeler du renfort des collègues impossible de le recoucher très violent envers nous : obligées d'appeler [tel numéro interne] pour avoir de l'aide pour le mettre au lit, il aurait fallu 5 hommes pour pouvoir faire les soins et pouvoir le contentionner.* » (Médecine CH)

- « *Il était à nouveau debout, je décide d'en profiter pour faire sa toilette avec lui au lavabo qui est juste à côté* ***car il ne me semblait pas opposant mais d'un coup cela ne lui plait pas et attrape l'extrémité du scope et me frappe au visage à deux reprises.*** *J'ai appelé ma collègue.* » (Cardiologie)

- « ***Voulant prendre monsieur en charge pour sa toilette, je vois qu'il a pris les lunettes de vue d'une dame de la chambre voisine. Je lui demande s'il peut me les rendre car la dame en aura besoin.*** *Monsieur n'est pas d'accord, j'essaye de lui prendre des mains, Monsieur force. Je réessaye de lui expliquer,* ***Monsieur s'énerve d'un coup et me gifle très fort au visage.*** *Monsieur lâche les lunettes d'un coup.* ***Pour ma part, douleur intense sur l'instant qui me fait pleurer.*** *Appel vers ma collègue pour la suite de la PEC, avec qui tout s'est bien passée.* » (USLD/EHPAD)

Ces termes se retrouvent mais plus rarement dans le cadre de signalements pour des personnes sous l'empire d'un état alcoolique.

- « *L'urgentiste a été appelé pour voir une plaie de la main gauche chez un jeune homme de 18 ans aviné et non coopérant. Difficultés d'explorer la plaie du fait des* ***réactions imprévisibles*** *du patient.* ***Soudain*** *il se lève et tente de décocher un coup au visage. Le médecin a juste eu le temps de retirer ses lunettes et de reculer de quelques pas* […]. » (Urgences)

- « *Patiente entrée pour tentative d'autolyse + alcool. Lors du transfert en UHCD, installation dans un lit. À ce moment la patiente* ***s'est soudainement mise à être violente et a mis un coup de poing au niveau de la mâchoire droite d'un infirmier****.* » (UHCD/UHTCD)

Les infractions à caractère sexuel (« agressions sexuelles »)

Les infractions à caractère sexuel[54] signalées à l'ONVS se déroulent principalement entre patients/résidents de sexe différent, voire de même sexe. Elles sont parfois le fait de personnes extérieures à l'établissement (famille, connaissance, rodeur notamment quand cette infraction est commise aux abords de l'établissement ou dans l'enceinte extérieure). Elles ont lieu dans tout type d'unité.

Les personnels féminins sont aussi victimes de « *propos déplacés* » ou « *propos évocateurs* », termes repris dans les signalements. Elles sont également victimes parfois d'exhibitions sexuelles[55], voire d'attouchements. Des signalements mentionnent quelques patientes ou résidentes comme auteurs. Il a été signalé à l'ONVS du harcèlement sexuel sur messagerie téléphonique caractérisé par l'envoi de plusieurs messages à caractère sexuel.

Les recadrages par les personnels victimes, mais aussi par l'équipe médicale, les psychologues et la direction sont fréquents. Les familles, tant celles d'une victime que celles d'un auteur, seront informées. Certaines de ces agressions, en fonction de leur gravité et de la réalité des faits, feront l'objet d'un signalement ou d'un dépôt de plainte aux autorités judiciaires et aux forces de l'ordre.

[54] Le terme juridique dans le code pénal qui qualifie l'ensemble de ces infractions est « *agressions sexuelles* ». Ces infractions sont définies de la sorte : « *Constitue une agression sexuelle toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise.* » (art. 222-22 du code pénal).

[55] « *L'exhibition sexuelle imposée à la vue d'autrui dans un lieu accessible aux regards du public est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.* » (art. 222-32 du code pénal).

- « ***Une assistante sociale reçoit un patient pour un entretien. Ce dernier lui reproche sa tenue et finit par baisser son pantalon pour lui montrer ces parties intimes***. *Elle réussit à mettre fin à l'entretien. Le responsable de la sécurité est intervenu sur cet évènement en liaison avec les services de Police. Le patient auteur de ce délit a été gardé par la sécurité avant son interpellation par la Police. Plainte déposée.* » (Médecine)

- « ***Propos et gestes déplacés du mari d'une résidente envers une étudiante infirmière***. » (USLD/EHPAD)

- « ***Le patient se permet des propos évocateurs*** *à l'encontre de l'étudiante venue lui prendre les constantes.* » (Autres, CH)

- « *En proposant au patient d'aller à la douche, l'aide-soignante précise que ce sera l'étudiante sage-femme qui l'accompagnera.* ***Le patient a alors dit " vous n'avez pas peur que je vous viole".*** *De plus,* ***certaines infirmières et aides-soignants m'ont alors fait part de "mains baladeuses"*** *de la part de ce patient.* » (Pédiatrie, Néonatologie)

- « ***Propos très menaçants et diffamatoires d'un détenu*** *[de telle maison d'arrêt] et pris en charge par le SPAD depuis de nombreux mois ;* ***suite à plusieurs refus à des demandes inappropriées de connotation ambiguës,*** […] *il demande après l'IDE avec beaucoup d'insistance et d'agressivité ; mis à part ce harcèlement verbal,* ***l'IDE se sent en danger et totalement menacée***. » (UCSA)

- « *Lors de notre tournée, je suis rentrée dans une chambre pour vider le bocal à urine du M. de la fenêtre. Au moment de le vider M. X (patient côté porte) s'est levé* ***et m'a mis "une claque sur les fesses". Tutoiement, et propos déplacés***. » (Médecine)

- « ***Lors d'un atelier en commun géré par IDE et 2 étudiantes, M. X dit à une étudiante qu'elle est "comestible" et "consommable" qu'il "voudrait bien se faire manger par elle".*** *Il a été recadré par l'IDE.* ***Dit que les infirmières sont "sexy" et qu'il "voudrait surtout embrasser celle qui est près du radiateur"*** *en montrant la 2e étudiante. S'approche d'elle, celle-ci lui dit "qu'elle n'est pas d'accord", mais M. X dit que lui voudrait, la force en se rapprochant d'elle mais comme elle se débat ne l'embrasse que sur les cheveux. Recadré de nouveau par une autre IDE. Étudiante choquée par l'attitude du patient, pleure.* » (Psychiatrie)

- « ***Patient ayant des propos inadaptés (à connotation sexuelle) envers une étudiante.*** *S'en est suivi un recadrage de ma part (IDE). Le patient s'est mis en colère contre moi pendant la durée totale de mon poste avec un regard noir. En mon absence, a tenu des propos insultants à mon égard devant des patients et des soignants.* » (Addictologie)

- « *Pendant qu'une infirmière lui faisait une injection de Lovenox,* ***un patient tuberculeux du sanatorium a commencé à lui manipuler le bras puis après l'injection a attrapé sa main et l'a embrassée.*** *Elle s'est dégagée puis le patient lui a montré qu'il avait très mal au point d'injection au ventre. L'IDE s'est approché à nouveau pour regarder. Il lui a attrapé à nouveau la main et a essayé de la plaquer sur son sexe. L'IDE a eu peur car il l'a attrapé fortement par la main et elle reste très choquée par l'agression. Le reste de la journée, le patient s'est positionné dans le couloir pour pouvoir regarder les équipes de soignants. Vis-à-vis du médecin de garde et de l'administrateur de garde, le patient a nié avoir été agressif et avoir eu des intentions sexuelles. Le patient a maintenu au médecin traitant la version de l'injection douloureuse et de l'absence d'intention. Il n'a formulé aucune excuse ou remord par rapport à son attitude.* […] *Les actions entreprises ont été : déclaration d'accident du travail fait par la cadre dans un premier temps, aide psychologique et déclaration d'agression auprès de la gendarmerie.* » (Unité de soins, CH)

- « *Résident, arrivé à l'EHPAD [à telle date],* ***tient des propos salaces, à caractère sexuel envers les professionnelles, associés à des gestes et bruits suggestifs.*** *A été recadré gentiment. Depuis, se sont ajoutés des propos racistes envers certains membres du personnel, tient un discours pronazi, chante des chants racistes dans la salle à manger, persécute verbalement et régulièrement une autre résidente, la méprise, se moque d'elle. Se moque aussi d'autres résidents. Dénigre l'hôpital lors de chaque pansement.* ***Malaise de l'équipe face à ce monsieur. Certaines soignantes redoutent d'entrer dans sa chambre et n'iront plus seules.*** »

Pour une infraction de ce type entre mineurs de 18 ans.

- « ***2 adolescents d'un IEM*** *sont accueillis pour le weekend (fermeture de l'IEM et pas de famille pour les recevoir). Vendredi dernier à son arrivée l'adolescente confie à une monitrice éducatrice qu'elle ne va pas bien. Elle accepte de lui parler de son mal être. Elle se dit avoir été victime d'attouchement sexuel par l'autre adolescent de l'IEM dans le service et cela 2 samedi soir à [tel mois]. Compte tenu de la gravité des faits reprochés, l'animatrice informe le cadre en présence de l'adolescente. Lors de l'entretien, le cadre apprend qu'elle s'est confiée aux professionnels de l'IEM et que la directrice les a rencontrés tous les 2 le vendredi avant leur départ pour notre établissement. Signalement procureur et ASE.* » (SSR)

On retiendra ce cas plus rare d'une patiente qui s'exhibe sans pour autant souffrir d'un TPN.

- « […] ***La patiente se dispute avec une autre patiente.*** *Elles en viennent aux mains.* ***La secrétaire médicale avec l'aide d'un brancardier les séparent.*** *Mme Y* ***en furie les insultent avec des propos très crus. Les agents de sécurité interviennent, la patiente baisse son pantalon et montre son intimité en tenant des propos obscènes à l'agent de sécurité.*** *Contacté aussitôt j'ai demandé en urgence une intervention de la Police. La patiente Mme Y a eu un comportement tout à fait normal avec la Police. Sortante, elle a été emmenée au commissariat et entendue (non placée en garde à vue).* » (Unité de soins)

Sous l'effet de l'alcool, les propos sont parfois particulièrement menaçants, voire accompagnés de violences physiques.

- « ***Un patient adressé par les pompiers pour alcoolisation sur la voie publique****. Pas de plainte somatique. Installation en box pour l'isoler et prévenir le risque d'hétéro agressivité. Le* ***patient est non compliant, insultant, tenant des propos racistes, et menaçant "je vais ramener des potes à moi, je te jure, ils vont toutes vous violer dans une cave",*** *menace avec ses béquilles, tentative de contention mais* ***coup de pied violent porté dans le ventre de l'aide-soignante.*** *Contention finalement posée.* » (Urgences)

Dans les unités recevant des patients souffrant de troubles cognitifs ou d'addictions, il convient de faire attention à l'aménagement des bureaux.

- « ***L'assistante sociale a été victime de propos déplacées à caractère sexuel lors d'un entretien. La configuration du bureau impliquait une certaine proximité du patient,*** *celui-ci rapprochait sa chaise de l'assistante sociale, elle a eu beaucoup de difficultés à le recadrer et mettre un terme à l'entretien.* » (Addictologie)

En psychiatrie, ces agressions sont aussi le fait de patients ou d'anciens patients qui se connaissent parfois dans un cadre très conflictuel. Certains patients vont abuser de l'état de faiblesse de la victime. En plus de l'enquête pénale qui aura lieu, l'établissement décide assez fréquemment d'orienter l'auteur dans un autre service pour éviter une reproduction des faits.

- « *Une patiente a subi des attouchements sexuels* sans violence […]. *Après alerte à l'équipe soignante, l'agresseur a admis les faits. Ils se sont déroulés dans la chambre du patient agresseur. La victime a donné l'alerte à 1 éducateur du service qui a informé immédiatement le psychiatre en charge des 2 patients. La confrontation a été menée. Le patient agresseur a reconnu les faits. Il a été*

transféré dans un autre service. La patiente ne veut pas porter plainte. Le signalement a été effectué auprès du procureur de la République. La patiente victime bénéficie d'une prise en charge adaptée au contexte. » (Psychiatrie)

On notera également ce cas délicat.

- « *Un patient Alzheimer sévère a eu des attouchements envers une patiente fragile et extrêmement dépendante.* » (Psychiatrie)

En USLD/EPHAD, l'abolition du discernement désinhibe certaines personnes âgées (dont des femmes, même si les quelques signalements sont plus rares en l'espèce).

- « *Lors de mon passage dans le couloir, j'ai surpris monsieur dans la chambre d'une de ses voisines : la barrière du lit était enlevée, ainsi que son change qui était détaché côté droit. M. a déjà, à plusieurs reprises, cherché à toucher / déshabiller cette résidente. Quand je lui ai demandé ce qu'il faisait ici monsieur m'a répondu que la résidente en question l'a appelé, c'est pour cette raison qu'il était dans la chambre. M. souffre d'une démence type Parkinson avec désinhibition.* » (USLD/EHPAD)

D'autres résidents restent en pleine possession de leurs moyens, dans un contexte qui ne semble pas faire état de relations consenties. Les transmissions sont un moment essentiel pour faire état de ces comportements, permettre aux équipes d'avoir toute la vigilance nécessaire, et d'adapter au besoin le traitement.

- « ***Un résident a un comportement inadapté à caractère sexuel envers les résidentes depuis plusieurs jours qu'il s'agisse d'un comportement verbal ou gestuel.*** *Il a été surpris à de multiples reprises ayant un contact physique à caractère sexuel envers 2 résidentes (mains sur la poitrine, entre les jambes) et/ou les embrassant.* […] ***Le comportement du résident est évoqué lors des transmissions en équipe en présence du médecin. Une augmentation du traitement est réalisée et une consultation avec le psychiatre est demandée en urgence.*** […] *Régulièrement les professionnels reçoivent des injures à caractère sexuel au moment des soins mais aussi régulièrement dans la journée et doivent s'interposer entre le résident et les résidentes quand les faits ci-dessus se déroulent afin de protéger ces dernières. À ces moments, il exprime son mécontentement en les insultant et en les traitant de menteuses. Le résident a été vu en entretien par l'encadrement pour lui indiquer que son comportement était inacceptable. Les règles institutionnelles ainsi que les répercutions en terme judiciaire lui ont été rappelées et expliquées. Le résident nie les faits. La direction, le tuteur et les familles sont prévenues. [A telle date] : le signalement des faits est réalisé à l'ARS, au procureur et au conseil départemental.* ***Dépôt de plainte d'une famille à la gendarmerie.*** » (USLD/EHPAD)

On retiendra ce commentaire.

- « *Patient déjà mis en garde pour des faits similaires, sujet de la sexualité en EHPAD à traiter.* »

L'intrusion dans les établissements pour personnes âgées par des individus qui n'ont rien à y faire (non membres de la famille, ni accompagnants habituels) demande également de la vigilance de la part des personnels. Quelques signalements font état de ce fait.

- « *À midi, lors de la distribution des repas, présence d'un homme dans la chambre [xx] qui était en train de discuter avec la patiente, Mme Y. À mon entrée dans la chambre, il nous dit au revoir aux patients et à moi-même puis s'en va. Je questionne alors Mme Y et lui demande si c'est un membre de sa famille. Et là les 2 patientes me disent que c'est un inconnu qui est rentré dans la chambre et qui leur a tenu des propos déplacés à caractère sexuel. Mme Y précise qu'il a soulevé sa blouse et qu'il l'a embrassée et touchée.* [Description de l'homme]. » (Gériatrie court séjour)

Il faut noter qu'en psychiatrie et aux urgences, certains faits de ce type sont dus à des patients alcoolisés et/ou sous l'emprise de produits stupéfiants. [56]

> ✓ **Remarque 20** **S'assurer de la matérialité des faits d'une agression sexuelle ?**[57] Il arrive que l'absence d'éléments objectifs et probants (traces de violences sexuelles et/ou physiques sur la victime, traces sur les vêtements et sous-vêtements, prostration de la victime en raison du traumatisme subi), l'impossibilité ou la grande difficulté pour la victime de relater l'événement avec cohérence en raison de la pathologie dont elle souffre ou d'une déficience mentale, les contradictions qui peuvent exister dans la description des faits ne permettent pas au personnel de l'établissement d'être sûr de la matérialité de l'agression sexuelle portée à sa connaissance, si l'auteur n'est pas pris sur le fait (et encore, il s'agit de savoir si la relation n'est pas consentie).
>
> Afin d'aider ces personnels à discerner dans les meilleures conditions, des rencontres pratiques sur cette thématique pourraient être localement mises en place en lien avec les UMJ, psychiatres, CUMP, parquet et enquêteurs de police judiciaire.

L'impact négatif des violences sur les personnes témoins de faits de violence

Les violences verbales (propos violents, insultes, outrages, menaces physiques, menaces de morts) parfois à répétition, les violences physiques et psychologiques, mais aussi les destructions importantes de biens, en plus de l'impact qu'elles produisent sur les victimes, ont un impact négatif sur les personnes qui en sont les témoins (patients/résidents, personnels des établissements, famille, entourage). Cela se traduit par :

- un sentiment d'insécurité, de peur parfois extrême, ne serait-ce qu'en raison d'un seul incident particulièrement violent ou choquant,
- des difficultés à retrouver la sérénité qui convient dans un lieu de soins dans une résidence pour personnes âgées ou en psychiatrie. Le grand âge, le jeune âge, le handicap mental et les TPN fragilisent d'autant plus et rendent encore plus difficile le retour à cette sérénité.
- un moral de l'équipe soignante atteint par le fait qu'un des leur ou un patient a été agressé de façon violente,
- une dégradation des conditions de travail,
- une perturbation du travail dans le service et désorganisation.

Cet impact psychologique sur les autres patients et personnels se retrouve dans tout type d'unité. La répétition de ces actes de violence dans un établissement n'est pas sans porter atteinte à son image de marque et à la qualité de service.

Certains établissements proposent des sessions de soutien psychologique tant pour les personnels que pour les patients/résidents. Pour les personnels d'autres proposent des séances par des psychologues extérieurs à l'établissement.

- « ***Mon collègue infirmier*** *en poste IOA à l'accueil au service des urgences s'est fait agresser violemment en voulant contenir un jeune patient alcoolisé. Agression physique (coup de pied au visage) et verbale avec menaces de mort.* ***Incident ayant impacté le moral de toute l'équipe de jour.***

[56] Le fait que l'auteur agisse en état d'ivresse manifeste ou sous l'emprise manifeste de produits stupéfiants est une circonstance aggravante au regard du droit pénal (viol art. 222-24 12° du code pénal ; autres agressions sexuelles art. 222-28, 8° du code pénal).

[57] L'ONVS limite cette remarque à la problématique d'un rapport sexuel non consenti ou de n'importe quel autre type d'agression sexuelle. Elle ne concerne pas la thématique des relations sexuelles librement consenties.

Choc psychologique important pour la victime et l'équipe soignante du jour. *Celui-ci a dû quitter son poste avec 7 jours d'ITT. Plainte déposée.* » (Urgences)

- « *Un* ***patient très agressif du sanatorium*** *a bloqué une aide-soignante entre le chariot des repas et le mur pendant qu'elle distribuait un repas à un autre patient. Il a menacé l'aide-soignante avec la main en hurlant que le ménage n'avait pas été fait ce jour (dimanche) et qu'il allait tout "péter" ici et qu'il ne voulait ni médicament ni repas.* ***Il a créé un sentiment d'insécurité dans le service durant tout l'après-midi.*** *L'infirmière a été avertie.* » (Unité de soins)

Pour une infirmière agressée verbalement, insultée et menacée par le mari d'une patiente, laquelle après sa séance de radiothérapie, lui reproche d'avoir mal retiré le cache-œil de sa femme.

- « […] *Il continue à m'insulter, la patiente essaye de le calmer, elle se montre angoissée de voir son mari agressif.* ***On entend le mari crier jusqu'au bout du couloir, des patients sont sortis de leurs chambres pour voir ce qu'il se passait.*** *Je finis par sortir avec mes collègues de la chambre. Le mari se calme après l'arrivée de ses 2 filles et sa petite fille, quelques minutes plus tard.* […] *Conséquences de l'évènement :* ***Patiente angoissée par le comportement de son mari. Angoisse créée pour les autres patients du service.*** […] ***Angoisse également pour le reste de l'équipe soignante, sentiment d'insécurité +++.*** » (SSR)

- « ***2 patients de l'HDJ se disputent dans le jardin.*** *Le ton monte, ils crient, s'insultent. Alertés par les cris, l'équipe du CMP descend pour venir en renfort aux IDE de l'HDJ. Les IDE font rentrer la patiente dans les locaux afin de les séparer et de les apaiser. La patiente continue d'insulter, d'invectiver dans le hall d'entrée. Le patient entre alors violement dans le hall, se dirigeant menaçant vers la patiente. L'équipe tente de les retenir afin d'éviter l'agression physique.* ***Le patient donne des coups de poing violents à la patiente ce qui la projette à terre. Il lui donne des coups de pieds dans le dos****. La secrétaire étant à proximité reçoit aussi un coup de pied (non dirigé) Les IDE tentent de l'arrêter en lui retenant les bras et en le tirant par son sac à dos. Il finit par stopper l'agression. Les pompiers et la police sont appelés. La patiente accepte de suivre les soignants au 2eme étage tout en continuant à vouloir en découdre encore très énervée. Le patient entouré des autres soignants s'apaise enfin.* ***Les coups ont été d'une extrême violence et l'équipe a été très choquée.*** » (Psychiatrie)

Il est noté également dans les signalements l'impact du suicide sur les équipes.

- « *Suicide par pendaison.* ***Impact moral sur l'équipe +++*** » (Psychiatrie)

En ce qui concerne l'impact sur les patients, résidents et l'entourage, au-delà du sentiment d'insécurité, voire de terreur, et de se plaindre, on notera des réactions comme s'enfermer dans une pièce, fuir le service et ne pas se faire soigner, d'arrêter de dîner ou de déjeuner.

- « *Le patient, très demandeur, exige lors de la distribution du petit déjeuner, de voir le médecin et veut sortir immédiatement. Je lui explique qu'après son petit déjeuner on lui fera sa toilette, ensuite il aura une consultation avec le chirurgien, et un médecin ORL passera le voir avant son départ. Le patient sonne et hurle pendant le petit déjeuner dans sa chambre, il me dit que je dois sortir maintenant, appeler le médecin, je vais lui casser la g…, appelez les ambulances tout de suite. Je lui dis ce n'est pas possible, ils viendront vers 11h. Vers 10h30,* ***la diététicienne vient le voir, il lui lance un verre qui se casse dans le couloir sans le blesser. Ses voisins de chambre se plaignent concernant ses hurlements.*** » (Autres, endocrinologie)

- « *20 min de compression pour l'artère. Il s'énerve et demande qu'on lui mette un scotch sur le point de compression et partir. Hémostase non faite, je lui ai expliqué que je ne pouvais pas partir tant que l'arrêt du saignement ne s'est pas fait. Ensuite,* ***il s'est mis en colère, criant dans les services, faisant peur aux autres patients en salle de dialyse,*** *devient agressif verbalement, tapant sur la table, sur le lit, fait de menaces sur ma personne. J'ai appelé le médecin et M. est toujours aussi*

agressif devant le Dr X, impossible de le calmer, de le raisonner. Son comportement était inadmissible, irrespectueux, menaçant, avec ***un sentiment de danger et d'insécurité pour tout le monde, patients et personnels.*** » (Unité de soins, dialyse)

- « *Informations données par un AS de l'UTT qui nous relate que* ***3 de nos patients en service ouvert tiennent des propos de haine, de mort, d'armes, de combat et de dénigrement envers les femmes. Leurs propos ont effrayé les autres patients qui étaient dans la cour.*** […] » (Psychiatrie)

- « ***Femme arrivée dans le service avec son conjoint qui semble en décompensation psychiatrique*** *(se tape la tête contre les murs, saisit un couteau et fait mine de se scarifier par-dessus son manteau…)* ***comportement hystérique perturbant le service et les patients.*** *Le conjoint est orienté mais passif. Ils restent dans le service 45mn puis sont orientés vers les urgences psy de l'hôpital.* » (Addictologie)

- « […] *Patient demandeur de soins depuis 2 semaines, souhaitait se faire hospitaliser ; Alcoolisé depuis quelques jours ; Avait été accompagné aux urgences par 2 IDE du service la veille, d'où il a fugué ;* […]. ***Évènement se déroulant à la vue des autres patients, dont certains ont pris peur et ont manifesté un sentiment d'insécurité.*** » (Psychiatrie)

- « ***Famille d'un patient entre sans sonner dans l'USIC à 23h, crie, demande à voir le patient*** *; en voulant rentrer me bouscule pour avoir accès à la chambre alors que le patient dort. Malgré les explications (horaires de visites réexpliqués ainsi qu'interdiction d'entrer dans l'USIC sans sonner ni attendre qu'une personne du service ouvre). Barrière de la langue ? Ils continuent de me bousculer. Toutefois, devant les menaces et l'insistance ainsi que l'insécurité dans laquelle nous nous sommes retrouvées, nous avons été contraintes d'ouvrir le box (qui venait d'être ouvert par l'un des visiteurs lui-même. Nous avons immédiatement prévenu le service de sécurité qui s'est déplacé peu de temps après notre demande.* ***L'ensemble des patients présents à l'USIC nous ont rapportés avoir entendu l'altercation et pour certains s'être sentis en insécurité. Il en est de même pour l'équipe paramédicale qui s'est également sentie démunie.*** » (USIC)

- « *Patient coopérant et calme. Le soir, se dirige vers la porte de sortie = interrogé sur ses intentions : il me dit naturellement "je vais à la maison" recadré // à sa place ici à l'hôpital = surpris et vite très contrarié = il force du coup le passage pour rentrer chbre [tel numéro], alors que j'allais installer la dame aux WC = monte en pression, exprime verbalement son désaccord, je vais chercher ma voiture.* ***Gestes brusques, menaces de frapper, crie très fort (faisant peur à 3 autres patientes dans le service****).* » (SSR)

- « ***Une patiente de 17 ans est surprise en train de fumer dans sa chambre.*** *Elle refuse de remettre les cigarettes et le briquet aux soignants et à l'équipe de sécurité appelée en renfort. Le directeur de garde est prévenu ; décision est prise d'appeler la police, au vu des risques encourus et des antécédents de la patiente (s'est enfermée dans les toilettes et s'est scarifiée de nombreuses fois ; tentative de fugue du service).* ***Hurlait dans les couloirs du service ; a apeuré les enfants et leurs parents présents aux urgences pédiatriques. Les personnes présentes dans la salle d'attente se sont enfermées dans la pièce.*** » (Pédiatrie, Néonatologie)

- « *Au moment du repas, une patiente agresse verbalement les soignants. Passage à l'acte, jette les aliments et une assiette le poing levé et donne un coup sur la table. Se lève de table et intimide un soignant en s'approchant nez à nez, la patiente est agressive et prête à en venir aux mains. «Ici je fais ce que je veux, je reste dans la salle à manger si j'ai envie de rester».* ***Les patients témoins de la scène sont choqués et au vu de la situation ont verbalisé leur mal être et écourté leur repas. Il règne un climat d'insécurité.*** *Cette situation s'est déjà produite avec d'autres soignants.* » (Psychiatrie)

Pour un patient qui a très régulièrement des accès de violence.

- « […] *Ces situations quasi quotidiennes deviennent intenables,* ***l'équipe est épuisée, les autres résidents à bout, et certaines familles commencent à manifester leur légitime mécontentement du fait d'un sentiment d'insécurité !*** » (USLD/EHPAD)

- « *M. qui a déjà eu des troubles du comportement ce week-end et des propos menaçants envers un autre résident qui ne veut pas lui donner d'argent, continuait ce matin au petit déjeuner. L'IDE présente lui demande de se calmer car il parle fort, est énervé, fait du bruit. À la demande de l'infirmière, M. se met en colère se lève et menace de frapper l'IDE et de lui donner un coup de couteau.* ***Les autres résidents ont eu peur, et le résident qui est menacé propose de déposer plainte à la gendarmerie.*** » (USLD/EHPAD)

Concernant le fait de quitter l'établissement sans plus attendre les soins.

- « ***Altercation de 3 patients alcoolisés en salle d'attente des urgences.*** *L'équipe soignante tente de séparer le groupe, il s'en suit des violences verbales et des insultes. Un des 3 patients est isolé dans une salle d'attente séparée. Gestion difficile des 2 autres patients alcoolisés (fugue sur le parking, menaçant verbalement).* ***Une patiente est bousculée lors de l'agitation et une fillette est repartie à domicile en raison des cris du patient isolé.*** *Appel de la gendarmerie, de l'administrateur de garde et du service sécurité de l'établissement. Un des patients est très agité, très violent. L'aide-soignante reçoit un coup à la main droite lors de la contention. Équipe présente lors de cet épisode de violence : 2AS, 2IDE, 1 interne, 1 médecin, agent de sécurité et agent d'accueil.* » (Urgences)

- « ***Patiente agressive*** *arrivée avec la police et les pompiers* ***insultant tout le monde y compris les patients,*** *auto et hétéro-agressivité (vient pour phlébotomie avec refus de soins, ni suture, ni perfusion, ni examen).* ***Malgré contentions physiques et chimiques effraie les patients dont une dame qui part avant les soins devant les cris.*** *Se détache et me griffe jusqu'au sang en m'agrippant et en continuant à m'insulter.* » (Urgences)

L'impact positif de la présence pour autre cause des forces de l'ordre dans les établissements

Des déplacements sur site et de l'analyse des signalements il ressort régulièrement le fait que la présence pour autre cause des forces de l'ordre dans un établissement (par exemple pour un examen d'un gardé à vue, la garde d'un détenu hospitalisé ou encore la conduite d'une personne en état d'ivresse manifeste) est un facteur déterminant pour mettre fin à des situations conflictuelles, des situations de menaces ou de violences que ne pouvaient plus ou pas gérer les personnels de santé et les agents de sûreté et de sécurité. La présence des forces de l'ordre, de par l'autorité régalienne dont elles sont investies, a donc un impact très positif et rassurant tant pour les victimes directes (personnels, patients) que pour les témoins des faits. Il arrive encore que les forces de l'ordre aident les personnels à contentionner les auteurs de violences et soient elles-mêmes l'objet d'outrages, de menaces et de violences.

Ces interventions ne donnent pas toujours lieu à une garde à vue. Elles n'aboutissent pas non plus systématiquement à un dépôt de plainte de la part des victimes. Elles ont lieu souvent aux urgences mais également dans d'autres services.

- « *Présence d'un couteau dans la poche d'un patient depuis son arrivée jusqu'à l'entrée dans le service de chirurgie viscérale : patient retrouvé nu dans la nuit avec ses perfusions et sa sonde urinaire arrachée (fil de perfusion coupé net). Au moment de remettre le patient au lit, il range rapidement un couteau dans la poche de son pantalon dans le sac de ses vêtements (sur la chaise de*

sa chambre). Le soignant lui a alors demandé de retourner se coucher mais le patient a tenté de l'agresser avec le couteau au niveau du ventre. ***Heureusement la Police était présente dans le couloir pour la surveillance d'un autre patient en garde à vue. Ils ont donc pu intervenir rapidement pour lui faire lâcher son couteau.*** *Des contentions physiques au lit ont ensuite été posées au patient avec accord du médecin anesthésiste de garde.* » (Chirurgie)

- *« Patient agité +++. Menace de mort et insultes à plusieurs reprises en menaçant ma famille en présence de l'AS du secteur ainsi que de l'IDE et des gendarmes (présents pour un autre patient). Agression physique d'un collègue.* ***Appel des différents personnels ainsi que des gendarmes pour contentionner le patient.*** » (UHCD/UHTCD)

- « *Une* ***altercation verbale virulente éclate entre un patient du centre de détention et un patient des endoscopies.*** *L'altercation a nécessité l'intervention de la police déjà présente ainsi que celle du personnel de la salle afin de les calmer.* » (Bloc opératoire)

- « *Une patiente en consultation tente de violenter le médecin, le menace et le séquestre au sein du local de consultation, elle jette le matériel se trouvant dans le bureau.* ***Des policiers accompagnants un autre patient interviennent pour maîtriser la patiente qui est ensuite transférée aux urgences.*** » (UMJ)

- « *Patient mineur agressif verbalement voulant sortir contre avis médical.* ***Appel à la gendarmerie pour calmer le patient.*** » (Urgences)

- « *Patient devenu soudainement violent, il agresse verbalement et physiquement le médecin puis les 2 IDE qui essayaient de le retenir. Intervention de la sécurité et de la police qui se trouvait sur place* ***(il s'en est pris également aux agents de police).*** » (Urgences)

- « *Les agents sont appelés pour un patient âgé d'une trentaine d'année qui est très agité et qui semble très perturbé. Il veut quitter le service et tente de se sauver alors qu'il est nu... Il hurle et devient très agressif.* ***La police qui était sur place est venue renforcer l'équipe de sécurité en difficulté face à cet individu. Le médecin a fini par lui administrer un calmant afin qu'il s'apaise.*** »

Le fait de prévenir les fauteurs de troubles que l'établissement demande l'intervention de la police ou de la gendarmerie a souvent tendance à les faire fuir. Dans les cas de menaces très virulentes les personnels font preuve d'un certain cran et ont le sens de l'à-propos pour se sortir de situations délicates.

- « ***Au CMP****, un homme de 40 ans* […] *Il a pris dans sa poche une grosse boulette de cannabis qui est tombée, il est devenu alors très agressif verbalement et physiquement en plaquant l'infirmière et en sortant es organes génitaux de son slip.* ***Elle lui a dit qu'elle allait appeler la police ce qui l'a fait partir.*** » (CMP)

- « *Le personnel hospitalier est à l'accueil. Au téléphone avec une patiente pour un rendez-vous, elle le signale au patient, devant elle, qui s'impatiente. Celui-ci l'importune à plusieurs reprises en tapant sur la porte de l'accueil, puis l'agresse verbalement, devant témoins, en lui disant : "S…, sale p., ce n'est pas les femmes qui font la loi ! ".* ***Le patient quitte les lieux en vociférant après avoir entendu que la police allait être sollicitée.*** » (Médecine)

- « *J'ai été agressée verbalement par la femme d'un patient car sur indication du médecin je ne pouvais la faire rentrer. Très énervée déjà à son arrivée elle m'a alors empêchée de prendre en charge une enfant arrivant dans les bras de sa maman et m'a insultée et m'a accusée de délit de faciès.* ***Gendarmerie appelée car personne très agressive avec autre femme également. Partie***

quand gendarmerie arrivée, *j'ai porté plainte ainsi que ma collègue de travail. Très perturbée par cette agression à ma prise de poste.* » (Urgences)

- « *Un individu vient régulièrement au bureau des entrées réclamer l'argent qu'il met dans la machine à café en prétextant qu'elle est en panne. L'agent répond qu'elle ne peut pas lui rendre l'argent car ce n'est pas elle qui gère la machine. L'individu s'énerve et tape sur la tablette devant le guichet****. L'agent appelle la gendarmerie. De ce fait, l'individu tape dans le hublot, dit que ça ne se passera pas comme cela et qu'il reviendra accompagné.*** » (Accueil, standard)

- « *Un visiteur, accompagné d'un passager voulant entrer dans l'hôpital en véhicule malgré l'interdiction s'en est pris aux agents de sécurité.* ***L'un des agents de sécurité a été victime d'insultes et s'est fait cracher dessus. L'intervention de la Police a été demandée. Suite à cela, ces visiteurs ont quitté les lieux.*** » (Extérieur établissement (sous-sol, jardin, parking)

- « *Une équipe de jeune a rejoint un patient qui a ouvert une crémone pour les faire entrer.* ***Ils ne veulent pas partir, appel à la police et ils partent.*** » (Autres dans un CH)

- « *À 14h30* ***visite du mari d'une dame hospitalisée dans le service****. Arrive très sthénique, a le verbe haut, comportement inadapté. Entre dans le bureau infirmier sans frapper, a une* ***démarche titubante****. Est dans la toute-puissance. À 15h, madame se présente au bureau car a renversé son café dans la cafétéria. En demande d'un balai pour nettoyer. En arrivant sur place, forte odeur d'alcool, Monsieur se présente agressif : ''tu ne peux pas nettoyer !'', ''il n'y a pas une femme de ménage pour faire ça ?''. En s'adressant à sa femme : ''laisse, ces abrutis vont nettoyer''. Forte odeur d'alcool, le Monsieur semble très alcoolisé. Demande au Monsieur de rester respectueux et de ne pas crier. Est de nouveau agressif, refuse d'entendre les consignes, menaces physiques. Appel au cadre de santé d'astreinte, appel à l'agent de sécurité et demande de renfort au service [tel nom]. Consigne de faire sortir Monsieur du service. À notre première demande : refuse de sortir. Veut d'abord fumer une cigarette avec sa femme. 5 min plus tard, refuse une nouvelle fois de sortir prétextant de vouloir finir son café et sa cigarette.* ***Nous prévenons le Monsieur que s'il ne sort pas immédiatement nous appellerons la police. Finit par accepter de sortir du service. Est toujours insultant et revendicatif.*** » (Psychiatrie)

Cet appel aux forces de l'ordre est parfois pour mettre fin à des conflits conjugaux.

- « ***Salle d'attente pédiatrique*** *: un homme se dispute avec son ex-compagne, selon elle, il lui a cassé son téléphone portable et la menace physiquement. Intervention des agents de sécurité.* ***Demande intervention police, l'individu quitte les lieux.*** »

- « ***Lors de la mise en bière*** *de M. X, des différents familiaux ont conduit des membres de la famille du défunt à se battre au sein de la chambre mortuaire ainsi qu'à l'extérieur. Il nous a été impossible de les séparer.* ***La police*** *de [telle ville]* ***étant sur place pour la pose de scellés, ils se sont chargés de faire régner l'ordre et le calme (bien que difficile).*** *Nous avons contacté le service de sécurité afin qu'il vienne en renfort, ceux-ci sont arrivés 10 minutes plus tard. Le calme était revenu.*» (Chambre mortuaire)

On notera même que l'obligation d'intervention pour tout policier ou gendarme en dehors des heures du service a permis à ces derniers présents devant un CMP, d'interpeller l'auteur de violences

- « *Lors du rdv de suivi avec son médecin un patient s'est agité. Malgré la présence de sa mère dans le bureau médical il a commencé à hausser le ton. Il s'est montré insultant et dans la provocation avec le médecin qui lui a alors demandé de se calmer ou de quitter les locaux. Il s'est levé mais a refusé de partir. Les personnels du CMP et des structures attenantes (AJIR, CATTP) ont été appelés en renfort. Malgré la présence de 10 membres des équipes et de 6 personnes en attente de leur rdv, celui-ci est devenu de plus en plus menaçant verbalement (insultes, crachats, menace de mort) et physiquement. Sa mère a réussi à le faire sortir du CMP* ***mais celui-ci s'en est pris à la porte d'accès essayant à plusieurs***

reprises de forcer le passage. La police a été contactée, 2 gendarmes en civil (présents par hasard) sont intervenus pour le contenir sur la voie publique jusqu'à l'arrivée de la police. » (Psychiatrie, CMP)

Au départ des forces de l'ordre, si la situation ne nécessitait pas l'obligation de conduire au commissariat ou à la brigade le ou les fauteurs des troubles, et que celui-ci ou ceux-ci sont toujours sur place, la tension peut de nouveau se faire jour. Par ailleurs, il faut noter aussi que les forces de l'ordre doivent prioriser leurs interventions en fonction du degré de gravité des événements auquel elles doivent répondre sur leur ressort territorial. De ce fait, il est possible, que la police et la gendarmerie soient obligées de quitter l'établissement si l'essentiel de la situation leur paraît réglée.

- « *Deux patients sont admis aux urgences après s'être battus ensemble. L'un d'eux déclare être sous l'effet de l'alcool et de la cocaïne. Ils présentent tous deux des blessures aux mains avec du verre. Malgré les demandes de l'équipe de soin de rester en place, l'un des patients tente à plusieurs reprises de continuer à se battre avec l'autre patient. Il devient agressif lorsque le personnel le maintien à distance de l'autre patient. L'agent de sécurité prestataire, puis une équipe de police sont appelés en renfort.* ***Le patient se calme pendant la présence des forces de l'ordre. Ces derniers étant appelés sur une autre intervention, quittent les lieux, comme l'agent de sécurité. Le patient agressif menace alors indirectement un infirmier : "On se recroisera".*** *Pas de plainte.* » (Urgences)

CONCLUSION

La prévention et la lutte contre les atteintes aux personnes et aux biens est un enjeu capital pour les établissements de santé et de soins, tant ces atteintes affectent la sérénité des conditions de travail et par contre coup la mission de soin. Comme cela a été indiqué en introduction, on peut considérer à juste titre qu'elle demande aux directeurs d'établissements d'acquérir une nouvelle compétence de « sécurité », qui originellement ne faisait pas partie de leur cœur de métier. Cette compétence est assurée de la meilleure façon dans le cadre d'un projet de service global.

Au-delà des divers aspects entrant en ligne de compte pour développer ce projet de service, c'est aussi le développement d'un état d'esprit positif et d'implication de l'ensemble des personnels de l'établissement qu'il convient de générer – dont la communauté médicale qui, en tant que chef de pôle, d'unité et de service, joue un rôle essentiel d'impulsion – pour obtenir le succès escompté et restaurer ainsi le respect dû aux professionnels de santé et aux personnels des établissements, ainsi que les règles élémentaires de civisme et de vie en société.

Ce projet de service peut se décliner en trois axes (prévention primaire, secondaire, tertiaire). Il permet de mettre en œuvre une palette d'outils capable de répondre de la meilleure façon possible à cet enjeu, associant étroitement par ailleurs, au niveau local, les institutions partenaires en charge de la sécurité et de la justice. Ce qu'évoque l'ONVS ci-après est le fruit de ses nombreux échanges et rencontres sur site, conférences-débats, qu'il peut avoir avec l'ensemble des acteurs, et d'un travail d'analyse et de réponses aux diverses problématiques en matière de sécurité et de sûreté qui lui sont soumises.

Prévention primaire : prévenir la violence

Les formations

- Apprendre aux personnels au plus tôt, y compris au corps médical, par des formations pratiques et adaptées au contexte de travail à gérer les situations d'agressivité verbales et physiques. Diverses méthodes existent qui font leur preuve. Ce sont des méthodes faites par des soignants pour des soignants, respectant particulièrement la déontologie de la santé. Elles intègrent également la communication auprès des patients, résidents et accompagnants, source de tensions et de violences

lorsqu'elle est mal maitrisée. Ces formations permettent d'assurer ainsi une cohésion indispensable de l'équipe, du pôle ou de l'unité, face à un phénomène que tôt ou tard les personnels rencontreront[58]. L'adage « *mieux vaut prévenir que guérir* » devrait prendre tout son sens en santé.

- Approfondir davantage les formations d'acquisition des connaissances de certaines pathologies notamment en psychiatrie, en gériatrie, en établissement d'accueil spécialisé (ex : soudaineté et imprévisibilité de la violence) et du contexte spécifique de ces spécialités. Le but est aussi d'arriver à développer une vigilance accrue des personnels.

- Intégrer dans les formations initiales (médecine, IFSI, IFAS) ces formations à l'agressivité verbales et physiques. Les étudiants sont parfois confrontés dès leur premier stage à cette violence sans y être préparés.

- Développer davantage l'accompagnement des jeunes professionnels pour transmettre les savoir-faire et savoir-être, évitant les erreurs de début de carrière par manque d'expérience. On pourrait parler de « compagnonnage ».

- Savoir détecter, notamment via les fiches d'événements indésirables, un soignant qui finirait par saturer dans un poste et risquer de subir de la violence dans cette perspective ou de devenir maltraitant. Envisager avec lui une formation complémentaire, une sorte de remise à niveau, voire envisager une mobilité dans une autre unité.

- Former spécifiquement les agents de sûreté et de sécurité incendie. Des établissements ont mis en place diverses formations adaptées à la spécificité de la santé (TPN, incendie, NRBC, violence), font suivre également des formations de médiation, de techniques concernant les moyens de protection (vidéo, etc.), la formation CQP-APS, travaillent sur la cohésion avec les équipes de soignants.

- Proposer des demies-journées d'information sur site concernant des thématiques comme la laïcité, la radicalisation, les enjeux de cyber sécurité (il s'agit d'une violence qui peut mettre gravement en péril l'établissement par rapport à la confidentialité des données ou encore au fait de ne plus pouvoir assurer la continuité des soins), le fonctionnement de la justice (principes élémentaires de l'action pénale, droits dont disposent les personnels de santé), la menace terroriste. [59]

<u>Le pouvoir de police du directeur</u>

- Actualiser le règlement intérieur (art. L 6143-7, 13° du CSP) en particulier face aux nouvelles problématiques qui pourraient être constatées en matière d'atteintes aux personnes et aux biens.

- Le code de la santé publique développe notamment dans le volet des « conditions de séjour » (art. R 1112-40 à R 1112-55) une palette d'outils permettant au directeur d'établissement d'assurer son rôle de régulateur de la vie au sein de l'établissement. Cette mise en œuvre est très utile.

---

[58] On citera, par exemple, la méthode « Grouille-Smolis » (1995, CHU de limoges http://www.chu-limoges.fr/fierdenotrechu-une-solution-contre-les-violences-au-quotidien.html) ou encore la méthode « OMEGA » (1997, née dans le secteur psychiatrique au Canada http://asstsas.qc.ca/formations-nos-formations/omega-de-base).
L'ONVS rappelle que d'autres secteurs d'activité forment leurs personnels sur ces sujets (cf. personnels navigants. v. Guide ONVS, Prévention des atteintes, p. 37 et note 26). https://solidarites-sante.gouv.fr/dgos-onvs-documentation-pratique

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

L'analyse des fiches d'événements indésirables

Des établissements ont mis en place, dans le cadre de cette analyse, des « comités violences », issus parfois du CHSCT, associant des personnels volontaires et investis et associant également divers cadres de l'établissement (RH, psychologue, formation, sécurité-sûreté, logistique, médecine de travail). Comme il est évoqué en pages 10 et 11, cette analyse est indispensable et permet de présenter toutes les mesures mises en œuvre auprès de l'ensemble des personnels.

Prévention secondaire : faire face à la violence

- Travailler l'esprit de groupe et de cohésion au sein des unités, car face aux violences, c'est en groupe que les personnels peuvent être le mieux à même d'intervenir et de calmer la situation, dans l'attente parfois des agents de sûreté et des forces de l'ordre. Les nombreux signalements évoqués dans ce rapport 2019 montrent tout l'intérêt de cette cohésion.

- Proposer des outils adaptés de sécurité et de protection des personnels (vidéo, DATI, manchons anti-morsure des avant-bras, etc.) aidant à faire face à l'événement.

- Cultiver une relation de proximité avec la police et la gendarmerie pour une intervention dans les meilleurs délais et conditions (rappel de la nécessité de conclure et d'entretenir la convention « santé-sécurité-justice » - appel aux « référents sûreté » pour des conseils par rapport à toutes les problématiques concernant les atteintes aux personnes et aux biens). Faire que les uns et les autres découvrent leur milieu et leurs impératifs.

Prévention tertiaire : soutenir la victime et lui donner les moyens de se reconstruire

- Il s'agit dans cette phase de développer le soutien médical, psychologique, juridique et administratif pour aider la victime à se reconstruire, notamment à la suite du stress post-traumatique. Diverses méthodes de soutien psychologique existent[60]. Des établissements proposent aussi du soutien psychologique à leurs patients victimes.

- L'utilisation de lettres de mises en garde, appelées souvent en santé « *rappel à la loi* », permet de mettre fin à des comportements inciviques qui ne seront pas portés à la connaissance des forces de l'ordre et de la justice. Dans le même ordre d'idée, une lettre de soutien au personnel victime est très appréciée avec le rappel des démarches mises en place à son attention par l'établissement.

- Aider la victime dans son dépôt de plainte (accompagnement au service judiciaire, prise de rendez-vous, constitution de partie civile de l'établissement si préjudice direct avéré). Au besoin, l'ordre professionnel de santé, pour un de ses adhérents qui n'exercerait pas en milieu libéral, peut être sollicité pour se constituer partie civile et soutenir ainsi l'action en justice de la victime avec l'établissement. Il est rappelé que le fait de déposer plainte est une façon d'être restauré dans ses droits et dans sa dignité face à l'injustice et à l'humiliation que représente la violence subie.

- Mettre en œuvre la « protection fonctionnelle » pour le secteur public ou « protection juridique » pour le secteur privé, cette dernière s'alignant de plus en plus sur celle des fonctionnaires.

- Faire des CREX à la suite d'événements ayant eu des conséquences physiques ou psychiques importantes (en équipe de soins, au sein du « comité violence »).

[60] La création du CNRR, fin 2018, est à cet égard très révélatrice du besoin de traiter le stress post-traumatique. Au cours de ses déplacements dans plusieurs EPSM, l'ONVS a été intéressé par la présentation de la thérapie « EMDR » à propos de laquelle la SFMU a publié un article. Source : https://www.sfmu.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/interet-de-la-therapie-emdr-aux-urgences-dans-l-etat-de-stress-post-traumatique/new_id/60799

Annexe (échelle de gravité et fiche de signalement)

L'échelle de gravité des signalements de l'ONVS[61]

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

Les atteintes aux personnes

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

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

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

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

Les atteintes aux biens

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

- **Niveau 2 :** vols avec effraction

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

La fiche de signalement ONVS[62]

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

[61] https://solidarites-sante.gouv.fr/dgos-onvs
[62] https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_de_signalement_onvs.pdf

Liste des sigles utilisés

AAPP	Atelier d'analyse de pratique professionnelle
ADS	Agent de sécurité
ALD	Admission de longue durée
ANFH	Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier
AP-HM	Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille
AP-HP	Assistance Publique-Hôpitaux de Paris
AS	Aide-soignante
ASE	Aide sociale à l'enfance
ASH	Agent de service hospitalier
AT	Arrêt de travail
AVP	Accident de voie publique
CATTP	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CLCC	Centre de lutte contre le cancer
CMP	Centre médico-psychologique
CQP-APS	Certificat de qualification professionnelle d'agent de prévention et sécurité
CP	Code pénal
CPP	Code de procédure pénale
CREX	Compte-rendu d'expérience
CSAPA	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSI	Chambre de soins intensifs (chambre d'isolement)
CSP	Code de la santé publique
DATI	Dispositif d'alerte du travailleur isolé
DRESS	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EBL	Établissement à but lucratif
EBNL	Établissement à but non lucratif
ECT	Électroconvulsivothérapie
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMDR	Eye movement desensitization and reprocessing *(Désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires)*
EPS	Établissement public de santé
ESPIC	Établissement de santé privé d'intérêt collectif
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé
HDJ	Hôpital de jour
IAO	Infirmière d'accueil et d'orientation
IBODE	Infirmière de bloc opératoire diplômée d'État
IDE	Infirmière diplômée d'État
IEM	Institut d'éducation motrice
ITT	Incapacité totale de travail
MAS	Maison d'accueil spécialisée
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONVS	Observatoire national des violences en milieu de santé
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé

PSE	Plan de sécurisation des établissements de santé
PMI	Protection maternelle infantile
PMR	Personne à mobilité réduite
PTI	Protection du travailleur isolé
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation
SAUP	Service d'accueil et d'urgences pédiatriques
SAUV	Salle d'accueil des urgences vitales
SFMU	Société française de médecine d'urgence
SPAD	Soins psychiatriques ambulatoires aux détenus
SPDRE	Soins psychiatriques à la demande du représentant de l'État
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
SSIAP	Service de sécurité incendie et d'assistance à personnes
SSR	Soins de suite et de réadaptation
TPN	Trouble psychique ou neuropsychique
UCC	Unité cognitivo-comportementale
UCSA	Unité de consultation et de soins ambulatoires
UHCD	Unité d'hospitalisation de courte durée
UHSA	Unité d'hospitalisation de soins adaptés
UHSI	Unité d'hospitalisation de soins intensifs ou Unité hospitalière sécurisée interrégionale (détenus)
UHTCD	Unité d'hospitalisation de très courte durée
UMD	Unité pour malades difficiles
UMJ	Unité médico-judiciaire
URPS	Union régionale des professionnels de santé
USIC	Unité de soins intensifs cardiologiques
USLD	Unité de soins de longue durée
VSL	Véhicule sanitaire léger