

La violence à l'hôpital

SOMMAIRE

- L'hôpital, la violence et l'agression 13
Pascal Barreau
- Quelles violences à l'hôpital ? 14
Michel Geoffroy
- La violence aux urgences, une question de proximité sociale ? 17
Philippe Svandra
- Une formation de prévention de la violence 20
Francis Mangeonjean
- Prévention et gestion de la violence en milieu hospitalier : quel rôle pour le cadre ? 22
Vincent Brême, Manuel Guiton, Anisela Leroux
- L'Homme et l'agression 25
Kevin Poezevara
- Intégrer la violence dans le soin pour mieux la prévenir 27
Florian Barreau
- Traitement juridique des situations de violence en établissement de santé 31
Olivier Dupuy
- Éléments de bibliographie 35
Christel Baigts, Evelyne Leonhard, Cécilia Bonvallot, Nadège Bousquet

avant-propos

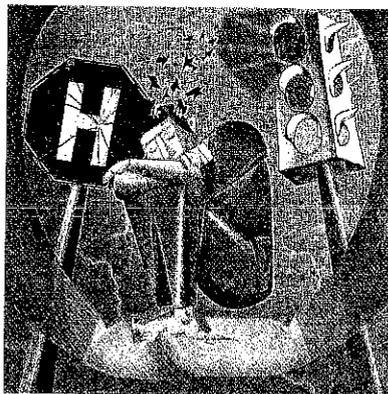
L'hôpital, la violence et l'agression

L'actualité montre la permanence des comportements violents dans tous les secteurs de notre société et l'hôpital ne fait pas exception. Souvenons-nous de l'assassinat particulièrement cruel d'une infirmière et d'une aide-soignante dans un centre hospitalier de Pau (64) en 2004. Cet événement a inauguré une prise de conscience des établissements qui ont mis en place une politique de prévention de la violence et des agressions dont sont victimes les personnels et les patients.

■ **Par ailleurs, on ne doit pas confondre violence et agression.** Si l'on en croit la définition, faire violence c'est agir contre quelqu'un en employant la force ou l'intimidation. L'agression, aussi bien dans le droit pénal que dans le sens commun, indique une attaque violente contre les personnes ou les biens, avec comme conséquence une altération chez la victime de son intégrité physique ou psychique.

■ **Les hôpitaux, d'abord dépassés par ces actes de violence, ont très vite réagi :** renforcement des agents de sécurité, mise en place de systèmes de vidéosurveillance, comité de pilotage sur la prévention de la violence, formation à la self-défense, activation de la protection juridique en cas d'agressions caractérisées de personnels...

L'arsenal défensif est important mais pouvait-il en être autrement ? En effet, les cultures hospitalière et guerrière se télescopent car elles sont antinomiques. Dès lors, saluons l'effort consenti par les hôpitaux en



© Alessandria Rechy/Elsevier Masson SAS

matière de lutte contre la violence : sanctuaires du soin, ils doivent, en plus de leurs missions, faire respecter l'ordre public.

■ **De plus, force est de constater que la représentation collective de l'hôpital a changé** au point d'être le théâtre de véritables scènes de guerre. En effet, l'hôpital, sous l'effet conjugué

de multiples réformes, tendrait à devenir une entreprise commerciale et le patient "se vit plus" comme un consommateur de soins que comme un bénéficiaire. Avec cette "mercantilisation" du soin, il s'est donc mué en client et entend bien faire entendre ses droits... par la force si besoin.

■ **Dans ce contexte,** les soignants sont tenus d'intégrer dans leur pratique une dimension sécuritaire jusqu'alors inconnue et les conséquences sur les conditions de travail ne sont pas encore identifiées. Enfin on peut alors légitimement s'attendre à un stress supplémentaire qui aurait des répercussions négatives sur l'ambiance de travail et pourrait relever du champ des risques psychosociaux. ■

Déclaration d'intérêts :

L'auteur déclare ne pas avoir de conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Pascal-Barreau,
psychothérapeute et coach,
75014 Paris, France,
p.barreau@hotmail.fr

Dossier coordonné par
Pascal Barreau

mise au point

Quelles violences à l'hôpital ?

MICHEL GEOFFROY ■ La violence est omniprésente à l'hôpital : elle est le fait des soignés comme des soignants même si les origines de l'une ou l'autre forme ne sont pas les mêmes ■ Il arrive même que la violence soit légitime, car inhérent à la fonction soignante ■ Il se peut également qu'un choc des violences soit la négation même de l'acte de soin.

© 2012 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Which forms of violence are present in hospitals? Violence is omnipresent in hospital, the work of both caregivers as well as patients even if the origins of one form or the other are not the same. It can even be the case that violence is legitimate, because inherent to the nursing function. It can also be that the collision of the different forms of violence is the very negation of an act of care.

© 2012 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

MOTS-CLÉS

- Euthanasie
- Fatigue
- Sollicitude
- Vengeance
- Violence légitime

KEYWORDS

- Euthanasia
- Legitimate violence
- Solitude
- Tiredness
- Vengeance

L'hôpital, en tant que symptôme de la société, est un lieu de violence. Faut-il dire violence au singulier ou violences au pluriel ? En faveur de la première possibilité, l'essence de la violence qui est de porter atteinte à l'intégrité physique ou morale d'autrui ; en faveur de la seconde, il faut évoquer la diversité même des formes de violence ainsi que de ses auteurs et de ses victimes.

C'est résolument que nous choisissons d'écrire "violences" au pluriel, nous proposant de les classer en trois catégories : la violence légitime, la violence vis-à-vis des soignants et singulièrement celle des soignants vis-à-vis des patients, en essayant de déterminer pour chacune de ces formes sa genèse, le contexte psychologique et social dans lequel elle s'exerce, avant de tenter de proposer quelques ébauches de solution.

LA VIOLENCE LÉGITIME

Le soin est violence, si l'on entend cette dernière comme atteinte à l'intégrité physique d'autrui. Qui, en dehors des soignants, pourrait piquer les fesses, ponctionner une veine, ouvrir un ventre, sans enfreindre la morale la plus élémentaire et encourir les foudres de la loi ?

■ **Là est le paradoxe du soin : faire un mal objectif au nom d'une fin bénéfique.** Il ne s'agit pourtant pas pour les soignants d'agir au nom d'une éthique conséquentialiste qui ne se préoccuperait que du résultat d'une action sans envisager les moyens qui permettraient de l'obtenir. Le soin se préoccupe bien sûr des buts à atteindre, mais il est avant tout le fait d'une morale déontologique qui donne la primauté à l'intention, laquelle est de faire le bien de la personne soignée.

Le soignant peut aller jusqu'à faire mourir le patient – par maladresse, parce que la situation du malade est trop grave... – il ne peut jamais être pour autant un bourreau ou un assassin qui, par intention et préméditation, désire le mal. Qu'est-ce qui donne au soignant cette autorisation (provisoire) de faire un mal objectif au nom d'une fin espérée heureuse ?

Deux éthiques du soin opposent radicalement leurs fondements respectifs.

• **La première, qui devient la plus fréquente, invoque un contrat de soins qui engagerait le malade et son soignant.** Le patient autoriserait le soignant à exercer sur lui une violence : le malade, dûment averti des risques et des conséquences du soin, passe un contrat avec le soignant en vue d'une amélioration de son état.

• **La seconde, la plus ancienne mais qui tend à devenir minoritaire, invoque le principe de bienveillance** qui relie celui en bonne santé et en position de soigner à celui en état de faiblesse et réclamant assistance.

■ **L'éthique contractuelle (la première) est la marque de la juridicisation progressive de la société.** Cette juridicisation a d'ailleurs commencé par une judiciarisation¹ douloureusement ressentie par les soignants. Il est devenu courant, à la suite de l'habitude qui s'est prise outre-Atlantique d'attaquer les soignants pour *mal practice*. Cette judiciarisation place les soignants sous la menace d'une action judiciaire ressentie par eux comme une véritable violence. Le tout repose sur la théorie d'un contrat explicite mais le plus souvent implicite : le soignant s'engage à fournir une prestation conforme aux données acquises de la science, à délivrer les informations permettant au

La violence à l'hôpital

malade de choisir... Celui-ci doit en retour le paiement des honoraires.

■ **Quant à la pratique soignante basée sur la bienveillance (la seconde), elle encourt également bien des reproches** : en particulier, le chemin est court qui mène de la bienveillance à la bienfaisance et de là au paternalisme. Il n'empêche que la relation de soins est autre chose qu'une prestation de service. Elle doit rester, pour être humaine, une relation d'aide dont il était classique de dire qu'elle résidait dans une confiance en regard d'une conscience. Ces deux termes – confiance et conscience – sont, il faut bien le reconnaître, difficilement transposables en langage juridique.

Malgré cela, la violence intrinsèque que porte en lui l'acte de soins est, dans le cas d'une morale contractuelle, légale et, dans le cas d'une éthique de la bienveillance, légitime.

LA VIOLENCE ENVERS LES SOIGNANTS

■ **Il n'est pas sûr que la violence des malades envers les soignants soit sans rapport avec la contractualisation progressive de l'acte de soins** : si le patient considère que les termes du contrat ne sont pas remplis du côté du soignant, il est juste d'exercer contre lui les contraintes qui garantissent son exécution. Il est probable, malgré tout, que le raisonnement des auteurs de violence (contre les soignants des services d'urgences, par exemple, fréquemment agressés) ne soit pas aussi élaboré. Ces services sont devenus pour une bonne part une véritable "cour des Miracles". Quand on ne sait que faire d'un agité, d'un violent, d'un blessé dans une bagarre, il faut bien s'assurer – juridicisation de la société oblige – qu'il n'a pas besoin de soins médicaux.

■ **Mais la violence n'est pas seulement le fait des "habitants de la cour des Miracles"**. Elle devient le fait d'un personnage nouveau apparu dans le paysage hospitalier : l'"usager de soins". Ces usagers se conduisent comme il est malheureusement d'usage pour des "ayants droit" usagers : ils sont tentés de commettre des "incivilités" (c'est ainsi que la novlangue appelle tous les méfaits de gravité inférieure au crime). Parmi ces "incivilités", les violences contre les soignants trop pressés mais pas assez dévoués, pas assez rapides, pas assez empressés, pas assez explicatifs, pas assez efficaces, aux cheveux trop longs, trop courts... Plus profondément encore, ces violences à l'encontre des soignants traduisent une radicale transformation de leur rapport à la société et de

leur position hiérarchique dans l'échelle des valeurs de celle-ci. Le résultat de cette transformation est d'ailleurs paradoxal : jamais la médecine n'a été créditée d'autant de pouvoir, jamais les médecins n'ont été *in abstracto* aussi puissants, mais jamais également ils n'ont été aussi attaqués. La récente capacité à guérir s'est paradoxalement accompagnée d'une perte de prestige et tout se passe comme si certains malades (ou leur famille) voulaient se venger d'un résultat imparfait ou d'un échec, alors que la science, c'est bien connu, ne peut ni se tromper ni échouer.

LA VIOLENCE ENVERS LES MALADES

Les soignants n'ont pas vocation à invoquer pour diminuer leur responsabilité vis-à-vis des patients les violences à leur encontre qui viennent d'être décrites. Ils ont avant tout à se préoccuper d'être au service de leurs malades, de les considérer non comme de simples usagers mais de prendre soin d'eux dans toute la plénitude de leur humanité et surtout de ne pas exercer envers eux la moindre violence autre que légitime dont il était question plus haut. Et pourtant...

■ **Qui n'a assisté à la toilette d'un vieillard dénudé que ne regardent même pas les deux aides-soignantes** affairées à nettoyer, l'une le "haut", l'autre le "bas", tout en se racontant leur dernier week-end, la recette de la charlotte aux poirés, les exploits de leur petit ami... ? Il est extrêmement violent de "chosifier" le malade. Il est de la plus extrême violence de ne plus accorder à celui qui est en état de faiblesse, dont nous avons la charge, qui nous est confié et qui nous fait confiance, le respect qu'exige son indéfectible dignité. Il est également extrêmement violent de se conduire comme une infirmière automate qui habilement mais sans un sourire ou un mot gentil trouve la veine d'un patient angoissé comme elle trouverait la solution d'un problème de sudoku. Il est extrêmement violent, de la part d'un médecin, d'appliquer sans discernement la loi sur l'information des malades et de délivrer à son patient, sans aucune empathie, un diagnostic catastrophique. La liste des violences (souvent involontaires et inconscientes) est trop longue pour qu'on puisse ici en faire un catalogue.

■ **La fatigue est, le plus souvent, le fourrier de la perte de la sollicitude** si nécessaire à la fonction soignante et l'ennemi principal du soin. Fatigue physique parfois certainement, mais surtout fatigue morale appelée autrefois acédie par les moines du Moyen-Âge et qui s'est

NOTE

¹. Il faut distinguer la juridicisation de la judiciarisation. La juridicisation est le mouvement de la société qui tend à placer tous les rapports humains sous l'angle exclusif du droit positif. La judiciarisation est la tendance à placer ces rapports et notamment les rapports soignants-soignés sous l'angle judiciaire : « Vous m'avez mal soigné : je vous attaque en justice ».



La fatigue est, le plus souvent, le fourrier de la perte de la sollicitude.

RÉFÉRENCE

[1] Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (dite loi Leonetti) (JO 23 avril 2005). <http://www.legifrance.gouv.fr>

Déclaration d'intérêts : l'auteur déclare ne pas avoir de conflit d'intérêts en relation avec cet article.

L'AUTEUR

Michel Geoffroy,
médecin, philosophe,
74700 Cordon,
France,
mpgeoffroy@wanadoo.fr

transformée – terminologie anglo-saxonne oblige – en *burn out*. Cette fatigue, diversement nommée, garde ses caractères de déclin de ferveur, de perte du sens de l'action quotidienne, de banalisation de la souffrance de l'autre, d'excessive préoccupation de ses propres humeurs. Elle n'est certainement pas spécifique à la fonction soignante : la société tout entière y est exposée mais c'est dans l'acte de soins qu'elle s'avère la plus toxique. Parce qu'elle est négation même de l'acte de soigner qui consiste à se faire du souci pour celui dont on a la charge, parce qu'elle est potentiellement porteuse d'une violence qui n'est que

rarement considérée comme telle, cette "fatigue" doit faire l'objet de l'attention de tous et singulièrement des cadres de santé qui doivent pouvoir la prévenir et éventuellement la traiter... sans violence. Il n'est pas de remède certain contre ce déclin de la flamme soignante mais les quelques moyens disponibles doivent être mobilisés avec attention : libre circulation de la parole au sein de l'équipe, écoute et disponibilité des cadres, participation active à des groupes d'études de cas en présence de psychologues, philosophes, etc.

VIOLENCE CONTRE VIOLENCE

Avant de clore la liste des violences au sein de l'hôpital, il convient de dire un mot de l'entrechoc de deux d'entre elles qui nourrit une revendication de plus de 80 % de nos contemporains.

■ **Il a été dit plus haut que le corps social considérait de plus en plus la science comme infailible** et la médecine, comme branche de la science, comme susceptible d'apporter à tous bien-être, santé et pourquoi pas, immortalité. Il s'ensuit que tout échec peut être considéré comme une faute que les soignants doivent réparer.

Cet appétit de vengeance prend de plus en plus la forme d'une demande d'euthanasie (demande d'assassinat devrions-nous dire, car c'est bien plus souvent l'entourage du malade que ce dernier lui-même qui réclame ce respect-de-la-dignité-par-simple-humanité)... Violence extrême contre la fonction soignante et négation de celle-ci et de ses valeurs. A cette violence, certains parmi les soignants peuvent être tentés par un passage à l'acte : il est si facile et si rapide de détourner une violence légitime en violence par transgression meurtrière !

■ **La loi Leonetti [1], si prudente et si fine dans ses distinctions entre "laisser mourir" et "faire mourir"** bientôt ne suffira plus au violent appétit sociétal de "décence" et de "propreté". Bientôt la société tout entière réclamera qu'on exclue de son sein tous ceux qui ne seront pas conformes au modèle qu'elle est en train de se forger. Exit les malades en fin de vie, les vieillards grabataires, bientôt les bancals et les fous ! Réalise-t-on que les sociétés qui, le siècle passé avaient réglé leur pratique sur cette maxime étaient coupables des pires abominations ? On nous promet pour bientôt une nouvelle loi qui « *réglera les problèmes laissés en suspens par la loi Leonetti* ». Faudra-t-il pour les soignants, à ce moment, entrer en résistance ?

CONCLUSION

L'hôpital n'est finalement rien de plus rien de moins, que l'image de la société dans lequel il est inséré. Il serait étonnant, alors que la société tout entière est pétrie de violence, que l'institution hospitalière jouisse d'un statut d'extraterritorialité et soit exempt de cette violence qui partout fait rage.

Pourtant il demeure un endroit où souvent fleurit autre chose : de nombreux soignants gardent au fond d'eux-mêmes la flamme de la sollicitude. Il arrive même que cette dernière remporte la victoire ! Elle combat l'entropie naturelle qui est le fait de la nature humaine et qui spontanément arase toute différence et aplanit toute valeur. La sollicitude, comme l'amour, est néguentropique. Enfin, c'est peut-être en assistant quotidiennement aux actions accomplies par les soignants et inspirées par cette sollicitude qu'on peut malgré tout espérer. ■

enquête

La violence aux urgences, une question de proximité sociale ?

■ Si intrinsèquement la maladie, la souffrance comme les soins peuvent être parfois porteurs d'une forme de violence, l'hôpital, institution devenue ouverte sur la cité, est lui-même perméable à une autre violence, celle qui vient de l'extérieur, de la cité.

PHILIPPE SVANDRA

© 2012 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Violence in emergency departments, a question of social proximity ? While intrinsically disease, suffering and care can sometimes convey a form of violence, the hospital, an institution which is open onto the streets, is itself permeable to another form of violence, which comes from outside, the streets.

© 2012 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

La violence, lorsqu'elle n'est pas liée à une pathologie (notamment psychiatrique), pénètre l'hôpital de l'extérieur et suscite une réelle incompréhension des soignants tant elle va à l'encontre de l'idée que ceux-ci se font de leur rôle, attachés à leur mission d'aide envers les autres. Comment, en effet, accepter et même comprendre une violence venant paradoxalement de celui qui doit être secouru ?

Ces réactions agressives issues de la société heurtent donc profondément les soignants, d'autant plus qu'ils font partie intégrante d'une société tolérant de moins en moins tout recours à la violence. Il est en effet incontestable que d'une période comme d'une société à l'autre, la sensibilité à la violence sociale varie¹. Ce qui n'était pas perçu comme violent par une société à un moment donné peut le devenir. Or, nos civilisations modernes semblent rejeter la violence, même minimale, en l'assimilant à une attitude profondément asociale.

Ces deux éléments en se conjuguant concernent aujourd'hui l'hôpital comme institution au cœur du lien social. La violence bien qu'externe à l'institution hospitalière devient dès lors une question complexe qui mérite qu'on s'y arrête.

LES URGENCES OU L'OUVERTURE SUR LA VILLE

■ Dans ces conditions, il apparaît rapidement qu'à l'hôpital, le lieu où se polarise la violence de la cité est sans conteste les urgences. En effet, ces unités constituent l'interface entre

l'établissement de santé et la ville. En d'autres mots, la rue et les cités entrent à l'hôpital d'abord par les urgences. Ces services ont par ailleurs toujours été considérés comme des espaces particuliers où l'on rencontre à la fois la médecine la plus avancée (réanimation) et les pathologies les plus courantes (alcoolisme, dépression, suicides), voire une certaine forme de misère sociale.

■ La violence aux urgences se traduit la plupart du temps par des actes que l'on qualifie aujourd'hui d'incivilités. Ce sont des insultes, des comportements provocants, des attitudes menaçantes, bref le refus des codes de "bonnes manières". Toutefois, ces incivilités par leur répétition provoquent des conflits qui pèsent sur le quotidien du personnel des urgences. Face à elles les équipes se retrouvent souvent démunies.

Une vision partagée...

■ Dans le cadre d'une recherche [1] menée il y a plus d'une dizaine d'années, mais encore largement d'actualité, il avait été tenté d'objectiver ce malaise. Il était notable alors que les équipes des urgences rencontrées n'adoptaient pas la même attitude face aux incivilités. La question a alors été de savoir pour quelles raisons les soignants vivaient ce type de situations plus ou moins difficilement. Le facteur personnel a certes un rôle non négligeable, mais il est apparu rapidement que d'autres raisons, d'ordre collectif, pouvaient également expliquer ce fait.

■ L'enquête a été réalisée au sein de deux services d'urgence qui présentent de nombreuses similitudes. Situées dans des établissements de

MOTS-CLÉS

- Incivilité
- Relation soignant-soigné
- Service des urgences
- Violence

KEYWORDS

- Accident and emergency department
- Anti-social behaviour
- Nurse/patient relationship
- Violence

NOTE

1. Cette évolution a pu apparaître longtemps comme inscrite dans l'histoire des hommes. Cette thèse a été défendue notamment par le sociologue Norbert Elias. Pour celui-ci, il existe une évolution historique qui a permis à l'individu de mieux maîtriser ses pulsions (accroissement du self-control). Cette constante et progressive pacification de nos sociétés serait liée notamment à plusieurs facteurs : l'urbanisation, la scolarisation, la diffusion des codes de la Cour. Il faut ajouter que, dans ces conditions, la violence résiduelle est alors considérée par la société comme de plus en plus intolérable car elle apparaît comme un signe de transgression à des valeurs communes.



Les unités d'urgence constituent l'interface entre l'établissement de santé et la ville.

banlieue, près de quartiers reconnus comme "difficiles", ces unités, à l'activité relativement équivalente, prennent en charge *grosso modo* le même type de population. Pour être plus précis, le premier (l'hôpital A) se situe en grande banlieue de Paris, au cœur d'une ville nouvelle de plus de 70 000 habitants, le second (l'hôpital B) est implanté dans une ville de 45 000 habitants en proche banlieue parisienne (dans l'ancienne "ceinture rouge" de Paris).

■ **Lors des entretiens, les soignants ont rapporté, dans un premier temps, les mêmes soucis** face à certains comportements jugés comme violents ou potentiellement violents. À cet égard, si les personnes interrogées admettent qu'il existe aux urgences une tension jugée "normale", quasiment "traditionnelle" – celle liée à la psychiatrie, aux personnes en état d'ébriété ou en manque comme les toxicomanes – une autre apparaît comme beaucoup plus difficile à gérer. Cette violence jugée moins "excusable" vient de ceux qui, comme l'a confié une aide-soignante, « arrivent aux urgences déjà bien énervés et qui veulent être soignés sur le champ pour un simple "bobo" ». C'est souvent d'ailleurs « les malades qui ont le moins de choses qui sont les plus exigeants, on est là pour les servir et ils nous

"engueulent" car ils attendent ». Les personnes qui accompagnent un malade ou un blessé posent aussi parfois des problèmes de comportement. Elles sont souvent exigeantes et considérées comme encore plus pénibles que certains malades. Aux urgences, avec cette présence, « on a le sentiment d'être constamment épié ».

■ **Dans les deux services, la question des incivilités, même si le mot n'a jamais été prononcé, est donc bien centrale.** Chacun reconnaît d'ailleurs que si la violence physique existe et est intolérable, elle reste heureusement rare. A *contrario*, ce que les personnes interrogées appellent « la violence verbale » est quotidienne. L'insulte ou simplement le manque de respect sont ici particulièrement en cause. Face à ces situations, la position à tenir ne semble d'ailleurs pas évidente : répondre, c'est faire monter la tension et perdre le contact avec son interlocuteur et ne rien dire, c'est laisser faire et accepter l'injure au risque d'être dévalorisé aux yeux des autres.

... ET POURTANT DIFFÉRENTE

■ **Toutefois, dans un second temps, il est apparu que les soignants des urgences de l'hôpital B sont d'une façon générale moins sensibles** que ceux de l'hôpital A aux incivilités, notamment aux insultes. Il a fallu un certain temps pour comprendre cette différence de perception. C'est en questionnant les soignants sur leur lieu d'habitation que l'explication s'est révélée. Ainsi, si à l'hôpital A, les soignants habitent assez loin de leur travail (plusieurs dizaines de kilomètres) dans des pavillons de communes suburbaines, les soignants des urgences de l'hôpital B vivent au contraire en grande majorité, sinon dans la ville où est implanté l'hôpital, du moins dans des communes limitrophes. Ces derniers (même s'ils reconnaissent l'existence de violences urbaines) montrent un regard beaucoup moins négatif sur la ville et son environnement. Dans ces conditions, les usagers des urgences, même s'ils constituent souvent la frange la plus défavorisée de la population, ne représentent pas pour autant une population "inconnue". Ainsi, une infirmière habitant près de l'hôpital a expliqué : « La population qui vient aux urgences, c'est la même que celle que je rencontre quotidiennement ». D'une certaine manière, même si socialement et culturellement des différences existent entre certains usagers et les soignants, une réelle proximité, au moins spatialement, se retrouve. En effet, hors les murs de l'hôpital, l'ensemble de ces personnes sont amenées à se côtoyer. C'est

La violence à l'hôpital

CONCLUSION

Même s'il existe une certaine compréhension des difficultés sociales de la population, les soignants se retrouvent bien seuls face à ces problèmes. Ils n'ont que peu de réponses à proposer. Cette dif-

ficulté entraîne alors des conflits qui parfois s'enveniment et se traduisent par une forme de violence, principalement des comportements incivils. Ce sont ces "consultations sans rendez-vous" qui, en engorgeant les urgences,

créent ces situations de tension. Or, si les urgences prennent en charge cette activité c'est bien pour palier l'insuffisance des structures médico-sociales au niveau local. Ce problème dépasse certes largement l'hôpital, il n'en demeure pas moins qu'il en subit toutes les conséquences, notamment en termes de violence. En effet, depuis maintenant plusieurs décennies, les urgences, comme l'écrit Jean Péneff, « sont le déversoir des problèmes sociaux et sanitaires irrésolus par les moyens ordinaires » [2].

Ainsi, entre des soignants plutôt intégrés socialement et certains usagers des urgences en rupture sociale, le dialogue n'est pas simple. Comme le souligne l'étude, cette conception d'un rapport social entre "eux et nous", qui situe les individus du bon ou du mauvais côté, se traduit de manière un peu différente selon l'hôpital considéré. Aux urgences de l'hôpital A, d'une certaine manière, l'autre (l'habitant des cités) est un inconnu, voire une menace, avec lequel le soignant a peu de chose en commun : le fossé est établi. Aux urgences de l'hôpital B, malgré une plus grande proximité, les soignants voient avec crainte une partie de la population s'éloigner de leur monde social : ici, le fossé se crée.

Le soin présente donc bien une dimension sociale dont les soignants doivent avoir conscience au risque de s'engager dans une escalade de la violence qui mettrait à mal un "vivre ensemble" dont l'hôpital représente un élément assurément central. ■

Le soin présente une dimension sociale dont les soignants doivent avoir conscience

ainsi que le langage souvent employé par certains usagers, pouvant apparaître comme insultant, est en fin de compte considéré comme un mode d'expression qui n'est certes pas partagé, mais accepté car il est aussi celui de la ville d'habitation. Ici, l'équipe infirmière possède une très bonne connaissance des caractéristiques sociales des patients. Une certaine compréhension vis-à-vis de leurs problèmes apparaît clairement dans les entretiens, l'agressivité étant alors facilement mise sur le compte de ces difficultés sociales. Cette dimension, sinon toujours dans les faits, du moins dans les esprits, fait partie intégrante du soin.

■ **A contrario, les soignants des urgences de l'hôpital B perçoivent les usagers comme "étrangers" à leur monde.** À titre d'exemple, l'une des infirmières a confié : « Pour rien au monde je n'habiterais ici ». Certaines reconnaissent d'ailleurs que leur vision de la ville est d'autant plus mauvaise qu'aux urgences n'est retenu que « l'aspect le plus violent des cités, comme les agressions sur la voie publique, mais aussi les viols et les violences conjugales ». Elles ont l'impression que certains quartiers deviennent de véritables « ghettos » dans lesquels règne « l'anarchie » et où fleurissent des trafics en tout genre. Certaines ont évoqué la dégradation des immeubles, les tags qui couvrent les murs, ou le centre commercial dont les abords ne sont pas sûrs. De surcroît, à leurs yeux, la situation ne fait que s'aggraver depuis quelques années. L'explication est simple : « Comme le niveau de violence augmente dans la ville, nous en subissons automatiquement les conséquences ». Leur travail apparaît comme dévalorisé puisque, selon elles : « Nos urgences sont prises pour un dispensaire, et même parfois pour une pharmacie de garde ». Ce sont alors « les petits "bobos", qui nous bouffent notre temps et entraînent des conflits interminables ». Les vigiles présents en soirée ne rassurent d'ailleurs pas vraiment les soignants car, ces derniers ajoutent : « Ils sont comme nous, devant des jeunes violents, ils ont peur, que voulez-vous que fasse un seul vigile contre toute une bande, sinon sauver d'abord sa peau ? » En outre, dans plusieurs entretiens, certains laissent entendre que ce type de patient ferait fuir une "autre clientèle" plus aisée, mieux éduquée qui aurait alors tendance à se diriger vers le secteur privé (une clinique qui se trouve à quelques kilomètres).

RÉFÉRENCES

- [1] Svandra P. Hôpital et violences urbaines. Mémoire de maîtrise (option gestion hospitalière), université Paris IX Dauphine, 2000.
[2] Péneff J. L'hôpital en urgence. Paris: Éditions Métailié; 1992. p. 213.

Déclaration d'intérêts : l'auteur déclare ne pas avoir de conflit d'intérêts en relation avec cet article.

L'AUTEUR

Philippe Svandra, maître de conférences associé université Paris-Est-Marne-la-Vallée, formateur/consultant pôle formation centre hospitalier Sainte-Anne, 75014 Paris, France, p.svandra@ch-sainte-anne.fr

gestion des risques

Une formation de prévention de la violence

FRANCIS MANGÉONJEAN ■ La formation Omega permet au soignant de développer des réflexes assurant sa sécurité et celle des autres en cas d'agression ■ Elle a été initiée dans plusieurs établissements français avec des résultats positifs tant au niveau de la gestion de ces situations que de la cohésion de groupe.

© 2012 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

A training course for the prevention of violence. The Omega training course enables caregivers to develop reflexes to ensure their safety and that of other people in the event of aggression. It has been implemented in several French hospitals with positive results both in terms of the management of these situations as well as group cohesion.

© 2012 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

MOTS-CLÉS

- Cadre de santé
- Prévention
- Valeur
- Violence

KEYWORDS

- Health manager
- Prevention
- Value
- Violence

L'agressivité et la violence font partie du quotidien des soignants notamment dans les services de psychiatrie et de santé mentale. Initialement acceptée comme un "risque du métier", elle interroge aujourd'hui les pratiques soignantes et les soignants.

HISTORIQUE DE LA DÉMARCHÉ

Depuis plus d'une dizaine d'années, au sein du centre psychothérapique de Nancy (54) s'est créé un groupe "Prévention des situations de violence et d'agressivité", émanation du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT). Les travaux ont amené ses acteurs à envisager une démarche globale permettant à chacun de mieux prendre en compte le risque d'agression.

■ **En 2006, la réflexion du groupe a conduit à mettre en œuvre une action de formation** nommée Omega. Cette action a été développée au Canada et importée en France grâce à l'initiative de trois établissements : l'établissement public de santé d'Armentières (59), le centre hospitalier de Sarreguemines (57) et le centre psychothérapique de Nancy. ■ **Après avoir pris connaissance de la philosophie et du contenu de ce programme**, les établissements lorrains ont souhaité s'allier et faire instruire des formateurs internes par des maîtres formateurs canadiens (quatre jours de formation Omega de base et 16 jours de formation de formateurs).

LA DÉMARCHÉ

La formation Omega vise à développer chez l'intervenant, qu'il soit de la santé, des services

sociaux, pénitentiaires ou autres, des habiletés et des modes d'intervention pour assurer sa sécurité et celle des autres en situation d'agressivité. Elle a été développée au Québec grâce à un partenariat entre les centres hospitaliers Douglas, Robert Giffard, de Charlevoix et l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (Asstsas).

Ce programme doit permettre à chaque participant :

- **d'identifier les éléments à risque** présents dans son milieu de travail ;
 - **de choisir et de prendre les dispositions** de protection physique appropriées à la situation ;
 - **de sélectionner et d'appliquer le mode d'intervention** le plus approprié à l'agressivité exprimée ;
 - **de communiquer efficacement avec ses collègues** dans un objectif de résolution de crise ;
 - **d'appliquer des techniques** simples d'esquive et d'immobilisation ;
 - **de mettre en œuvre** des reprises post-événements.
- Ce programme s'appuie sur quatre valeurs :
- **le respect** (de soi, des collègues, des usagers) ;
 - **la sécurité** (de soi, des collègues, des usagers) ;
 - **le professionnalisme** (compatible avec les règles éthiques, professionnelles et déontologiques) ;
 - **la responsabilisation** (capacité pour l'intervenant, les collègues et l'usager d'assumer les conséquences de leurs actes).

Le contenu de cette action aborde les principes de sécurité, l'évaluation de la situation de travail, les degrés d'alerte, la pacification de la crise, les interventions verbales et psychologiques, la grille du potentiel de dangerosité, l'intervention en équipe, la protection physique, les techniques de

La violence à l'hôpital

dégagement et celles simples de contrôle physique. Cet apprentissage se réalise sur la base d'exercices, de discussions de groupe, d'exposés, de simulations et de jeux de rôle. Il s'adresse principalement à tout professionnel exerçant en milieu potentiellement dangereux (psychiatrie, urgences, centre de protection de la jeunesse, centre pénitentiaire...).

MISE EN ŒUVRE DU DISPOSITIF

■ **Cette action a été portée par cinq établissements lorrains** et 24 formateurs internes ont été formés en deux phases (2007 et 2009). Ils sont réhabilités tous les deux ans par les maîtres formateurs canadiens.

■ **À ce jour, près de 1 600 agents ont été initiés à cette technique**, car pour une efficacité reconnue, c'est l'ensemble des agents qui doit être formé. Afin de répondre à la demande, un troisième groupe de formateurs internes était en cours de constitution en 2012.

Résultats

Afin de vérifier la pertinence d'un tel déploiement et de s'assurer de l'atteinte des objectifs, une évaluation à deux ans a été réalisée sur les trois établissements lorrains : 38 % des sondés ont répondu (238/621). Parmi ceux-ci, 98 % conseillent la démarche et disent se retrouver dans les valeurs sur lesquelles est bâtie la formation, 66 % se sentent capables d'identifier les facteurs de risque de violence et mieux armés pour assurer leur propre protection, 54 % s'estiment équipés pour prendre en charge les situations d'agressivité ou de violence, 51 % disent mettre en application souvent, voire très souvent, Omega.

L'encadrement a mesuré une évolution positive des pratiques professionnelles en situation de crise et au quotidien. Les cadres de santé considèrent que l'apport se situe au niveau de la communication au sein de l'équipe, ce qui permet une meilleure cohérence d'intervention, 53 % considèrent que la formation a fait évoluer leur équipe au quotidien. Comment une formation chargée de mieux prendre en compte la violence peut apporter une solution à nos équipes qui se disent "en souffrance" ?

Analyse

Omega, par son contenu, définit le rôle de chacun lors des interventions. Chaque soignant intervient de manière coordonnée avec pour objectifs la sécurité de chacun (soignant/soigné) et la

responsabilisation de l'initiateur du comportement agressif. Le sens de l'action est lisible par tous. Les infirmiers et les aides-soignants ne peuvent à eux seuls construire ce sens collectif de l'action, cela passe par l'implication de l'ensemble des protagonistes intervenant dans la prise en charge du patient.

Le rôle des cadres

Afin qu'une telle dynamique d'élaboration du sens puisse retrouver une place de choix au sein des équipes, le cadre de santé doit fortement s'impliquer dans cette aventure collective. En outre, le duo médecin/cadre doit montrer une cohérence forte. Si l'ensemble des acteurs s'inscrit dans cette complémentarité, l'élaboration clinique peut trouver toute son importance et son impact positif dans le cadre de la prise en charge de chaque patient.

■ **Le cadre de santé a une place essentielle** dans la fédération des forces d'une équipe. C'est par son engagement quotidien, sa vigilance, ses capacités de veille sur le fonctionnement du service qu'il contribue à l'émergence d'une maturité collective capable de travailler en lien et en complémentarité tout en respectant la place et la fonction de chacun.

■ **Si le sens de l'action des soignants est bien lisible par les patients**, alors cette dynamique collective participe à la sécurité des acteurs car elle peut prévenir, elle aussi, les situations de violence et d'agressivité.

CONCLUSION

Les équipes de soins régulièrement confrontées à l'agressivité et à la violence ne pourront l'affronter que si nos institutions reconnaissent le risque auquel elles font face. Cette reconnaissance passe par les moyens déployés à leur service. Omega a été le vecteur de l'émergence de ce besoin avec la notion de "prise en compte de chacun" qu'elle véhicule. ■

POUR EN SAVOIR PLUS

• www.asstsas.qc.ca/

Déclaration d'intérêts : l'auteur déclare ne pas avoir de conflit d'intérêts en relation avec cet article.

L'AUTEUR

Francis Mangeonjean, directeur et coordonnateur général des soins, centre psychothérapique de Nancy, 54521 Laxou, centre hospitalier Saint-François, 54210 Saint-Nicolas-de-Port, France, francis.mangeonjean@cpl-laxou.com

réflexion

Prévention et gestion de la violence en milieu hospitalier : quel rôle pour le cadre ?

VINCENT BRÈME
MANUEL GUITON
ANIÉLA LEROUX

■ L'agressivité et la violence existent aussi à l'hôpital ■ La nature de l'institution hospitalière favorise un climat de tension et de stress propice à leur expression, tant pour les patients que pour les soignants ■ Même si le cadre de santé met tout en œuvre pour limiter et prévenir les "manifestations" agressives, il doit composer avec la violence, car celle-ci ne peut pas toujours être évitée.

© 2012 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Prevention and management of violence in hospitals: what is the role of the manager ?

Aggression and violence also occur in hospital. The nature of the hospital with its climate of tension and stress is favourable to their expression, both by patients as well as caregivers. Even if healthcare managers put everything in place to limit and prevent aggressive "manifestations", they must be prepared for violence, as it cannot always be avoided.

© 2012 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

MOTS-CLÉS

- Agressivité
- Analyse de pratiques
- Cadre de santé
- Soin
- Souffrance
- Soutien
- Violence
- Violence institutionnelle

KEYWORDS

- Aggression
- Analysis of practices
- Care
- Health manager
- Institutional violence
- Suffering
- Support
- Violence

Au cours de ces dernières années, les soignants ont dénoncé une recrudescence des comportements violents et de nombreuses incivilités dans les établissements publics de santé [1]. L'Observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS) corrobore ce sentiment général dans son rapport annuel de 2011 [2]. En effet, le nombre de violences signalées en 2006 était de 2 690, en 2010 il atteignait 5 090. Cette progression alarmante alimente un sentiment d'insécurité, majoré par la diminution des moyens humains, mais aussi par la période de crise économique que nous traversons. Chacun d'entre nous, y compris les soignants et les soignés, est concerné par ce climat social stressant, fortement influencé par les restrictions budgétaires. C'est dans cette période "flottante" que les autorités de santé ont engagé la promotion des droits des usagers [3], de la qualité des soins et d'une politique de bientraitance [4].

Invités et contraints à une véritable transformation culturelle, les soignants sont confrontés à une violence quotidienne croissante. Cette atmosphère parfois asphyxiante limite la tolérance aux comportements agressifs et induit des comportements violents au sein de l'institution. Dans ce contexte de tension, la place du cadre se situe au carrefour de la prévention et de la gestion de l'agressivité, son véritable défi ne serait-il pas alors de "composer avec la violence" ?

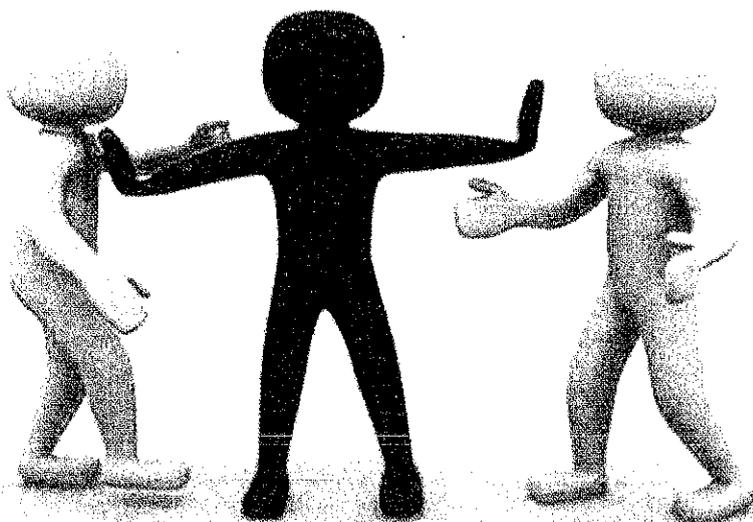
L'AGRESSIVITÉ ET LA VIOLENCE, DEUX NOTIONS INTIMEMENT LIÉES

L'agressivité selon le *Grand Dictionnaire de la psychologie* [5], est une « *tendance à attaquer autrui ou tout objet susceptible de faire obstacle à une satisfaction immédiate* ». La violence est une « *force brutale qu'un être impose à d'autres, pouvant aller jusqu'à la contrainte exercée par l'intimidation ou la terreur* ».

■ **Le psychanalyste Jean Bergeret définit la violence fondamentale comme une violence naturelle, innée, une nécessité primitive absolue, déliée de toute jouissance.** En revanche, l'agressivité, tout aussi vitale, renferme, quant à elle, une part de satisfaction à voir souffrir l'autre. Autrement dit, la violence fondamentale tient plus d'un instinct de vie que d'une pulsion. Dans un développement normal, elle devient la source d'un processus créateur, vivant [6].

Toutefois, en termes de communication, la violence peut se manifester dans un élan de désespoir, comme une ultime tentative pour se faire entendre. Elle est alors une réponse à une mécommunication, au sens donné par l'analyse transactionnelle dans le triangle de Karpman¹. En effet, les comportements violents observés dans nos pratiques soignantes s'expriment souvent lorsqu'un individu a le sentiment que ses demandes ne sont pas entendues ou l'impression de ne pas exister.

La violence à l'hôpital



NOTE

1. Le triangle de Karpman utilisé en analyse transactionnelle met en évidence un scénario relationnel typique entre victime, persécuteur et sauveur.

■ **Par ailleurs, une institution peut se substituer au sujet et secréter de la violence.** Pour Pascal Vivet, spécialiste de la protection de l'enfance, et Stanislas Tomkiewicz, psychiatre et psychothérapeute, la violence institutionnelle concerne « toute action commise dans une ou par une institution, ou toute absence d'action, qui cause [à l'utilisateur] une souffrance physique ou psychologique inutile et/ou qui entrave son évolution ultérieure » [7]. Dans cette forme de violence réelle, le patient devient l'expression du symptôme de l'institution maltraitante, véritable théâtre, réceptacle des passages à l'acte.

■ **Or, l'hôpital est un lieu de refuge des personnes souffrantes,** tant physiquement que psychologiquement. C'est un endroit propice au traumatisme et à sa difficile "métabolisation". Soignants et soignés partagent des moments pouvant être d'une immense gravité : l'annonce d'une maladie chronique, de celle qui engage le pronostic vital, les deuils, la morbidité. Ce partage atypique, comportant une forme de violence pour les deux parties, facilite, de manière inconsciente, une certaine agressivité à laquelle le cadre de santé doit être attentif. À ceci s'ajoute le manque croissant de ressources de cette organisation. La crise économique a des répercussions inévitables sur son fonctionnement et l'utilisateur est

le premier à pâtir de ces difficultés (délai d'attente pour un rendez-vous, pour une prise en charge aux urgences ou dans les unités de soins). Quant aux soignants, ils se doivent de composer avec les ressources disponibles en ménageant les éventuels mécontents et en inscrivant leur pratique vers une amélioration continue de la qualité. Ils souffrent, souvent, de ne pas réussir à concilier leur idéal professionnel et les contraintes de travail que leur impose l'institution.

L'ensemble de ces exigences légitimes, mais qui peuvent parfois sembler paradoxales, génère des tensions pouvant prendre la forme de conflits tant intrapsychiques que dans la relation à l'autre.

ENTRE ACCEPTATION, ANALYSE, SYMBOLISATION ET MANAGEMENT : LA PLACE DU CADRE DE SANTÉ

■ **Les sciences humaines nous permettent aussi d'appréhender différemment la problématique de la violence dans les unités de soins.**

Laurent Mucchielli, sociologue (Centre national de la recherche scientifique - CNRS), estime que la perception de la violence s'est modifiée durant cette dernière décennie : il utilise diverses études statistiques qui démontrent « que les violences interpersonnelles ne connaissent pas d'explosion depuis une

RÉFÉRENCES

- [1] http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Bilan_national_des_remontees_des_signalements_d_actes_de_violence_en_milleu_hospitalier_-_annee_2011.pdf
- [2] Boils A. Violence aux urgences : il ne faut pas plus de vigile, mais plus de médecins. Paris:Le Monde;2012. http://www.lemonde.fr/sante/article/2012/05/09/violences-aux-urgences-Il-ne-faut-pas-plus-de-vigiles-mais-plus-de-medecins_1698405_1651302.html
- [3] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (JO 5 mars 2002). <http://www.legifrance.gouv.fr/>
- [4] Manuel de certification v2010 : référence 10 : la bientraitance et les droits.
- [5] Collectif. Grand dictionnaire de la psychologie. Paris: Larousse; 2002.
- [6] Bergeret J. La Violence fondamentale. Paris: Dunod; 1984.
- [7] Vivet P. Aimer mal, châtier bien. Paris: Éditions du Seuil; 1991.
- [8] Laurent Mucchielli, Notre société est-elle plus violente ?, Revue sciences humaines, http://www.scienceshumaines.com/notre-societe-est-elle-plus-violente_fr_25031.html.
- [9] Barreau P. Editorial. Soins cadres. 2011; sup.77:1.

Déclaration d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêts en relation avec cet article.

LES AUTEURS

Vincent Brème,
cadre de santé,
CHI de Clermont de l'Oise,
60260 Lamorlaye,
France

Manuel Gulton,
cadre de santé,
groupe hospitalier Paul
Guiraud (Villejuif),
91580 Etrechy,
France

Aniela Leroux,
cadre de santé,
CHI de Clermont-de-l'Oise,
60840 Breuil-le-Sec,
France
aniela.leroux@chi-clermont.fr

quinzaine d'années » mais que c'est la société qui « ne supporte plus la violence, ne lui accorde plus de légitimité, ne lui reconnaît plus de sens » [8]. Autrement dit, l'augmentation des signalements d'actes de violence est peut-être liée à l'épuisement des professionnels, plutôt qu'à une réelle violence sociale diffuse et exponentielle.

■ **Si cette hypothèse s'avère vraisemblable, ne serait-ce que partiellement, alors le rôle du cadre de santé s'apparente à celui d'un modérateur**, qui invite au développement d'une posture réflexive pour amener les soignants à se questionner sur leur part de responsabilité dans les "situations critiques" qu'ils rencontrent. En favorisant la recherche de compréhension collective, le cadre participe à l'élaboration de nouvelles réponses, dont le patient pourra bénéficier. Ces temps d'échanges entre les différents protagonistes de la relation de soins permettent de prévenir les éventuels conflits générés par les dysfonctionnements institutionnels et d'apaiser les tensions naissantes, y compris avec les personnes soignées.

■ **Dans ce contexte**, la plus lourde tâche du cadre est, peut-être, de parvenir à insuffler à son équipe une dynamique d'efficacité, dans une période où les moyens disponibles sont limités. Il serait illusoire de penser que les nouvelles exigences, auxquelles l'hôpital s'adapte, ne génèrent pas de pressions : « Ces dix dernières années, l'hôpital a connu un changement de paradigme culturel. À grands renforts de réforme, il est passé de la culture du "faire du bien sans compter" à celle du "faire bien selon des résultats escomptés" » [9]. Ainsi, le cadre manage et milite pour la performance, le minimum de risque et le résultat, dans une institution qui a peur pour son propre devenir, et qui ne s'est pas encore montrée à la hauteur de ses ambitions.

■ **Dans ce fonctionnement, le cadre doit être attentif à ses éprouvés s'il ne veut pas, potentiellement, devenir un vecteur de violence** en déchargeant systématiquement les demandes et les injonctions, dont il est le réceptacle, sur ses collaborateurs. Pour prévenir la violence ou l'agressivité, le cadre aurait peut-être, en premier lieu, le devoir de l'analyser et de la repérer en gérant sa propre violence fondamentale, afin de ne pas alimenter l'agressivité, tant des usagers que des soignants. Il diminuerait ainsi les risques psychosociaux et la violence entre les salariés et tous les acteurs de la relation de soins. Cet effort d'élaboration intrinsèque, de recherche de l'*insight*, peut, selon nous, permettre au cadre de modérer les mouvements de violence et, à tous, de s'éloigner

de l'origine latine du mot travail, "tripalium" signifiant « instrument de torture pour punir les esclaves ». La place du cadre de santé se trouve à l'interface de toutes ces tensions. Du fait de sa position, il est essentiel qu'il tienne une relative distance vis-à-vis de l'équipe, des patients et de la pratique.

CONCLUSION

■ **La mission de l'hôpital est d'accueillir les personnes souffrantes**, malades, en situation de dépendance. Cette altération de l'état de santé, qu'elle soit aiguë ou chronique, bouscule les individus, les rôles sociaux et représente une certaine forme d'agression pour le sujet concerné. Le stress, l'angoisse et la peur que la maladie induit favorisent l'émergence de comportements agressifs ou violents. La violence n'est pas seulement, et de loin, une simple expression de la pathologie du patient ou une forme réactive de la charge émotionnelle de son entourage. Elle est aussi l'expression d'une désorganisation du lien social, liée à une perte transitoire ou permanente des facultés physiques et/ou mentales d'un être inscrit dans plusieurs systèmes (familial, professionnel, et autres).

■ **L'hôpital se veut une organisation qui assure le cadre et les conditions de soin**. Comme toute institution, c'est également un ensemble de règles, de repères et de références symboliques partagées. Son statut et ses missions sont définis par le corps social, c'est-à-dire la collectivité. Les personnels sont par conséquent tenus de respecter ces règles.

■ **Le cadre de santé a bien entendu un rôle à jouer dans la régulation de la violence**. Mais il n'est pas le seul à lutter contre cette dernière. Elle est l'affaire de tous et doit nécessairement relever d'une politique générale d'établissement, cohérente et réfléchie, dans laquelle l'ensemble des personnels est impliqué et joue un rôle actif. Reste que la proximité du cadre de santé, physique et affective, avec les patients et les équipes, lui confère une place cruciale dans la régulation des conflits et des mouvements agressifs, et c'est en faisant le pari de l'altérité et de l'humanité dans son environnement de travail qu'il pourra contribuer à éviter les affres de la violence. ■

réflexion

L'Homme et l'agression

■ Depuis la nuit des temps on s'interroge sur la nature de l'Homme ■ Est-il violent par essence ou uniquement pour se défendre ? ■ De même l'agression fait-elle partie de notre culture et quelles seraient ses modalités ? ■ Éléments de réflexion sur un phénomène constitutif de notre société humaine.

KEVIN POEZEVARA

© 2012 Publié par Elsevier Masson SAS

Man and aggression. Since the dawn of time we have questioned the nature of Man. Are we violent by nature or only to defend ourselves? Likewise, does aggression form part of our culture and what are its forms? Some elements of reflection on a fundamental phenomenon of our human society.

© 2012 Published by Elsevier Masson SAS

Si la maxime « *L'Homme est un loup pour l'Homme* », extraite d'une pièce de théâtre de Plaute, est bien connue, moins l'est sa réciproque animale. Mais le loup n'est pas un loup pour le loup. Non pas que la concurrence ne fasse pas violemment rage au sein de la meute, il s'agit d'entendre ici le caractère spéculaire, imaginaire régissant le règne animal : entre deux loups nulle métaphore tandis qu'un homme peut être le loup d'un autre.

Le loup ne se connaît pas en tant que loup et grogne sur celui qui lui fait face dans l'espace virtuel du miroir. Ce que nous indique alors la deuxième partie de la maxime c'est que si « *L'Homme est un loup pour l'Homme* » c'est qu'en tant qu'humain, il se distingue de l'animal. Voilà pourquoi se pose dès le début de cet article l'agression du côté de l'humain : le loup n'agresse pas, il attaque ; et si le chien agresse c'est parce que l'homme l'a domestiqué.

L'ATTAQUE ET L'AGRESSION

■ **L'agression est de l'ordre du familier, tandis que l'attaque survient toujours du lointain.**

L'agression procède du surgissement de l'inattendu dans le champ quotidien tandis que l'attaque est toujours attendue de la part de l'inconnu. L'agression est attaque surprise, attaque éclair qui vient mettre à mal les stratégies défensives du sujet. Elle ne s'inscrit nullement dans l'art subtil et rigoureux de la guerre. L'agresseur ne respecte aucun code, fait fi de toute règle d'engagement. Tandis que l'attaque se trouve précédée d'une déclaration de guerre, qui permet à toutes les parties de prendre acte de la rupture du pacte de non-agression, l'agression est rupture de son fait même, elle n'est jamais introduite par la

vague des tirs de sommation. Elle est de fait acte asocial, un hors culture qui risque toujours de laisser la victime hors recours. Si l'attaque qui menace de l'extérieur toute une civilisation provoque souvent le repli sur soi patriote et protectionniste ; l'agression, qui survient en son sein même, sape tout sentiment de sécurité, ruine la confiance que l'on avait pu accorder au plus petit des autres.

■ **C'est alors dans la douleur que l'homme se rend compte que l'autre homme peut être un loup**, ce sera d'ailleurs déjà la première ligne de reconstruction de ses défenses : cet autre qui l'a agressé sera dès lors considéré comme Autre radical, l'étranger dans la culture, "être anormal" perdant toute sa légitimité, son droit de séjour comme son droit de cité. Pointé comme loup dans la bergerie, on l'enjoint de rentrer chez les siens, déjà on remarque la bizarrerie de ses traits : comme il a de grands yeux, de grandes oreilles, un gros nez, et se méfie de sa bouche et de la parole qui en découle.

■ **Il en faut peu pour que l'agresseur soit mis aux bancs de la société** et beaucoup (porteurs de l'argument de récidive) auront à cœur de dire qu'il l'a bien cherché. Ce serait sans compter l'appareil judiciaire, seul habilité à dire s'il le punit ou bien l'acquitte. Là où l'agression marquait une rupture dans la culture et son vernis symbolique, le juridique aura comme prérogative d'inscrire cet acte aculturel dans la chaîne symbolique du social. On enregistre des témoignages, on met en scène des reconstitutions, on demande des explications, autant de tentatives d'habillage pour cet acte cru, hors langage. Voilà à l'œuvre le travail de cette culture que Lévi-Strauss pouvait réduire au passage d'un cru à un cuit [1]. La langue comme feu symboligène.

MOTS-CLÉS

- Agression
- Attaque
- Culture
- État de nature
- Humain
- Pacte de non-agression

KEYWORDS

- Agression
- Attack
- Culture
- Humain
- Natural state
- Non-aggression pact
- Wolf

LE LOUP ET L'ANNEAU

L'interrogation sur la tendance à l'agression se doit de prendre comme objet l'Homme et son inscription dans le fait culturel, et non pas le petit homme pour lequel notre éthique nous prescrit de ne pas dresser un portrait généraliste. Plus que de s'interroger sur un éventuel et systématique mécanisme psychologique de l'agression, il s'agit bien plutôt de voir qu'il y aura autant d'agressions que d'agresseurs. Voilà pourquoi la question que l'on pourra simplement soumettre à la rapide fin de cet article sera non pas "qu'est-ce qui pousse l'homme de la culture à l'agression?", mais bien plutôt "qu'est-ce qui fait que dans la culture une majorité d'homme parvient à s'en retenir?".

■ **Si l'état de culture s'oppose à un "état de nature"** (Hobbes), que le "contrat social" s'oppose au *Bellum omnium contra omnes*¹ [2], on aurait tort de croire que l'homme enfoulé [3] se satisfait pleinement de sa vie civilisée. Si l'homme tire un bénéfice certain de la clause de non-agression réciproque comprise dans le contrat, son entrée dans la culture sera assujettie d'un lourd renoncement imposé à sa capacité de jouissance. Le loup n'entrera pas sans montrer patte blanche, il ne devient pas chien sans sacrifier, en gage de bonne foi, quelque chose de sa mordante volonté. De là, nous a indiqué Freud, le malaise dans la civilisation [4], frustration constante et intrinsèque à l'inscription dans le giron culturel qui nous demande, à tout moment, une négociation quant à notre désir.

■ **Certains ne se sentiront pas concernés.** Ils diront ne ressentir en aucun cas le poids des contreparties peser sur eux. Il y a pour eux quelque chose de naturel que de vivre dans le fait culturel. Gardons à l'esprit ce petit récit que Platon nous transmet dans *La République* [5], l'histoire du doux berger Gygès, le plus bon des hommes qui vit son âme envahie de noirs desseins à l'instant où il découvrit les pouvoirs d'invisibilité de son anneau. Il finit par tuer le roi pour lui voler sa femme, et Platon de nous interroger sur ce que nous ferions si l'on était assuré de ne jamais devoir subir le regard courroucé de la justice.

Freud dans son œuvre nous offre une réponse. **Les agents de l'État ne sont pas seuls dans leur lutte pour le maintien de l'ordre culturel contre les attaques pulsionnelles de la nature humaine.** Ce conflit revêt intimement le caractère d'une guerre civile entre d'une part les revendications pulsionnelles d'un réel du corps dont « nous ne dominerons jamais parfaitement la nature » [4], et

d'autre part les exigences d'un Surmoi² toujours attentif à ne pas commettre l'acte qui pourrait entraîner l'horreur de la perte d'amour de l'autre. Freud écrit ainsi : « *Il ne me semble pas qu'en exerçant une quelconque influence on puisse amener l'homme à muer sa nature en celle d'un termite, il défendra sans doute toujours sa revendication de liberté individuelle contre la volonté de la masse. Une bonne part de la lutte de l'humanité se concentre sur une seule tâche, trouver un équilibre approprié, c'est-à-dire porteur de bonheur, entre ces revendications individuelles et les revendications culturelles de la masse* » [4]. Freud considère les affections psychiques que sont les névroses comme autant de manifestations associées, résidus non négligeables du marchandage que doit opérer sans cesse le sujet entre ses pulsions et les exigences qui lui sont demandées pour son inscription dans la société des hommes.

CONCLUSION

Pour conclure, évoquons ces très jeunes adolescents que l'on rencontre massivement en consultation après qu'ils ont agressé verbalement ou physiquement des camarades voire des enseignants. Nul remords dans leur discours mais une vraie détresse. À les entendre, ce sont eux les victimes, s'ils ont été agressifs c'est qu'ils n'avaient aucun autre choix : il s'agissait là d'une réponse impérative à opposer à l'horreur de l'injustice. Qu'ils aient "mal répondu" à un prof qui les avait injustement punis, ou qu'ils aient frappé un élève qui s'en prenait à un plus faible, chaque fois ils se présentent comme un justicier. Malgré ce que l'on pourrait croire, tous ont une très haute idée de la justice : l'un sera sapeur-pompier, l'autre capitaine de son équipe de foot...

Ils semblent se placer intimement en ce point précis de la réflexion philosophique qui faisait dénier à Hobbes tout droit à la rébellion dans son système politique du *Léviathan*, droit que Locke intégrera dans son second traité du gouvernement civil [6] avant Rousseau et son fameux contrat social [7]. Si l'individu de la culture doit céder sur sa souveraineté afin de profiter de l'ordre et de la morale, quel niveau d'insatisfaction devra-t-il subir avant d'être légitime dans sa rébellion? **On se souviendra alors que si la version française a retenu *La Fureur de vivre*³, le titre original du chef-d'œuvre des années 50 s'écrivait : *A Rebel Without a Cause*.** Soit l'histoire du malaise dans la culture de James Dean, jeune loup, souffrant en tant que rebelle non légitime, de n'avoir aucune cause à défendre. ■

NOTES

- 1- La guerre de tous contre tous.
- 2- instance psychique décrite par Freud, sorte de juge intime. Fruit de l'intériorisation des idéaux et interdits parentaux, il joue un rôle de censeur et d'étalon pour le Moi, déjà tyrannisé par le Ça et ses revendications d'ordre pulsionnel.
- 3- Film américain de Nicholas Ray, 1955.

RÉFÉRENCES

- [1] Lévi-Strauss C. Mythologiques - Le Cru et le Cuit. Paris: Plon; 2009.
- [2] Hobbes T. Léviathan. Coll. Folio. Paris: Gallimard; 2000.
- [3] Assoun P. Freud et les sciences sociales. Coll. U. Paris: Armand Colin; 2008.
- [4] Freud S. Le Malaise dans la culture. Œuvres complètes XVIII 1926-1930. Paris: Puf; 2002.
- [5] Platon. La République. Paris: Flammarion; 2002.
- [6] Locke J. Second traité du gouvernement civil. Paris: PUF; 1994.
- [7] Rousseau J.J. Du contrat social. Paris: Garnier Flammarion; 2012.

Déclaration d'intérêts : l'auteur déclare ne pas avoir de conflit d'intérêts en relation avec cet article.

L'AUTEUR

Kevin Poezevara, psychologue clinicien CMP-CATTP enfants et adolescents, 26, place des colliberts 77185 Lognes, université Paris-Diderot, Sorbonne-Paris-Cité CRPMS EA 3522, 75013 Paris, France, kevinpoezevara@hotmail.com

prévention

Intégrer la violence dans le soin pour mieux la prévenir

■ Face aux actes de violence dans les centres hospitaliers, la pratique de la self-défense au sein des équipes soignantes apparaît comme un outil de prévention ■ Simple et peu coûteuse, sa mise en œuvre repose aussi sur des limites à ne pas franchir ■ Dans le cadre d'une pratique saine et suivie, elle s'avérera être un facteur de sécurité des personnes et de performance dans le soin ■ Retour d'expérience.

FLORIAN BARREAU

© 2012 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Preventing violence by integrating it into care. In the face of acts of violence in hospitals, knowledge of self-defence techniques is a potential prevention tool for the nursing teams. Simple and cheap, its implementation is also based on limits which must not be crossed. In the framework of a reasonable and monitored practice, it can contribute to people's safety and improve performance.

© 2012 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

À l'heure où les incivilités deviennent monnaie courante, le monde hospitalier n'est pas épargné par le phénomène des violences. Ces manifestations, plus que des actes d'agressions physiques et morales intolérables, sont un frein à l'efficacité de l'exercice du personnel soignant. Une des clés du problème réside dans la pratique de la self-défense.

BANALISATION DES ACTES D'AGRESSION

Les actes d'agression et de violence se multiplient de jour en jour. Chaque génération, chaque milieu social, culturel et professionnel s'y retrouvent confrontés. D'après l'Observatoire national des actes de violence en milieu hospitalier

(ONVH), 5 090 actes de violence ont été commis en 2010 dans les centres hospitaliers français ; soit 7,9 % de plus qu'en 2009 [1]. L'acte d'agression se définit par une "attaque" physique ou morale. L'ONVH les a classés sur une échelle de 1 à 4 (encadré 1). Le terme d'"agression", qui partage ses racines latines avec celui d'"irascible", s'utilisait jusqu'au XVI^e siècle pour parler d'une maladie qui se complique.

L'acte d'agression ne naît donc pas tel quel, il prend sa source dans un événement qui agit sur la tolérance d'une personne et peut déboucher sur une notion dont il faut le dissocier : la violence. Cette dernière définit un acte qui fait usage de la force brute, instinctive, dénuée de raison et vide de réflexion. Celui-ci se matérialise le plus

MOTS-CLÉS

- Agression
- Performance
- Prévention
- Protection
- Self-défense
- Violence

KEYWORDS

- Aggression
- Performance
- Prevention
- Protection
- Self-defence
- Violence

ENCADRÉ 1

Les niveaux d'atteinte à la personne selon l'ONVH

■ **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, bousculades, crachats, coups), menaces avec arme par nature ou par destination (arme à feu, arme blanche, scalpel, rasoir, tout autre objet dangereux), agression sexuelle.

■ **Niveau 4** : violences avec arme par nature ou par destination (armes blanches, armes à feu, scalpels, rasoir, tout objet dangereux), viol et tout autre fait qualifié de crime (meurtre, violences volontaires entraînant mutilation ou infirmité permanente...).

souvent par des propos blessants ou des gestes visant l'intégrité physique. Si les agressions et la violence prennent une telle ampleur dans le milieu hospitalier, il devient alors nécessaire de s'en défendre.

PRÉVENTION DES ACTES D'AGRESSION ET SELF-DÉFENSE

■ **La "self-défense" est un terme anglais que l'on pourrait traduire par "autodéfense".** Ce préfixe "auto" lorsqu'il est tiré du grec "*autos*" est autant lié à l'identité de la personne concernée qu'à sa possession. "Autodéfense" caractérise une façon toute personnelle de se protéger d'une situation. Le préfixe anglais "*self*" se rapporte directement à la notion de personne. La self-défense caractérise donc bien mieux le fait de protéger son corps et son esprit d'une agression.

■ **Elle est née d'un détournement de techniques rudimentaires de différents arts martiaux** à des fins de défense corporelle non belliqueuses. En effet, l'art "martial" fait référence au dieu romain de la guerre. Il suppose donc la maîtrise de techniques de combat (oppositions physiques directes, comportements, stratégies), de capacités de défense et de repli, mais aussi et surtout la faculté d'analyse de son adversaire [2]. Ce sont toutes ces compétences qui, mises à la disposition d'un seul et même enseignement, permettent de galvaniser son esprit et de protéger son corps. La self-défense associe techniques guerrières et recherche de la paix. La pratique évolue ainsi très vite de la protection de soi lors d'un conflit, à sa détection, puis à son désamorçage. Cette combinaison permet à la personne qui l'emploie de protéger les tiers présents, y compris l'agresseur.

DÉRIVES ET DÉONTOLOGIE

Des dérives d'un tel enseignement existent cependant. Elles tombent d'ailleurs sous le sens : le paradoxe d'une technique qui manipule la guerre et la violence à des fins pacifistes peut échapper à nombre de ses pratiquants. Renforcer une personne qui ne comprend pas ce concept l'expose à l'excès de confiance. Ce sentiment d'immunité devient nuisible voire dangereux dans le rapport humain et toujours malsain dans la relation

soignant-patient, spécialement dans le domaine du soin mental.

■ **Là où la self-défense se veut protectrice pour soi-même et son entourage,** le néophyte animé par trop de confiance égotiste pervertira la self-défense en techniques provocatrices et destructrices. Il revient à chaque pratiquant de façonner son tempérament pour adopter la modestie qui doit être propre à ce genre de pratique. Il revient d'autant plus à la personne qui enseigne ces notions de ne pas amalgamer agressivité et violence ; acte prémédité, préparé et force brute. Le choix d'une discipline, d'un lieu d'entraînement, de la qualité de l'enseignement est donc primordial pour rendre cette pratique bénéfique. Il n'est

pas toujours évident de cerner les disciplines les plus adaptées et même tout simplement de s'y intéresser. Il est rare de choisir un métier ou un lieu de travail pour y vivre

des confrontations physiques. Devoir se former en dehors de ses besoins professionnels peut apparaître comme une contrainte. C'est aujourd'hui un mal nécessaire lorsque plus d'une atteinte à la personne sur deux est classée niveau 3 par l'ONVH (*encadré 1*). Cependant très peu d'employeurs conscients de ce phénomène proposent des formations à leur personnel sur le lieu de travail ou dans une école spécialisée.

■ **Outre les difficultés liées à la personnalité, aux capacités physiques du soignant-pratiquant et aux moyens matériels mis en œuvre par son employeur,** il existe d'autres obstacles. Ils relèvent à la fois de la déontologie du soignant et de l'éthique hospitalière. Quelle est la limite de l'emploi de la "force" au nom de la prévention de la violence ? Qui plus est dans un hôpital ? Comment le soignant va-t-il protéger et se protéger sans que ce soit au détriment des patients ? En effet, au-delà de la connaissance des techniques, persiste l'épineux problème de leur application. La loi française sur la légitime défense implique certaines conditions liées à la nature de l'agression, mais aussi et surtout à la forme de la réponse donnée (*encadré 2*).

SELF-DÉFENSE ET SOIN, UNE RÉELLE PLUS-VALUE

Plus que nécessaire, la pratique de la self-défense est bénéfique. Alliant mouvement et contre-mouvement, la self-défense s'attache tout d'abord à

La violence à l'hôpital

cerner ses propres capacités. Cette pratique, quelle que soit son origine : krav maga, pencak silat, taekwondo ou méthode moderne (encadré 3) mesure avec précision les limites de l'organisme de chacun. Elle est compatible avec n'importe quel métier en n'importe quel lieu. Son contenu est malléable et personnalisable. Elle prendra en compte le sexe, la morphologie et l'âge de chaque pratiquant mais aussi les paramètres de l'agresseur. Au centre hospitalier Victor-Dupouy à Argenteuil (95), une formation pratique est dispensée au personnel soignant. Au programme on retrouve bien entendu un certain nombre de techniques, mais aussi et surtout le respect de l'intégrité tant de l'agressé que de l'agresseur. Cet enseignement n'est pas "métallique". Il ne s'agit pas de croiser le fer sans réfléchir au contexte d'émergence des actes d'agression. Aussi, les stagiaires suivent au préalable un module d'approfondissement psychopathologique des situations à risque.

■ **À tous ces corps de métiers, partageant un environnement de travail complexe**, la formation

s'efforce d'offrir des solutions appropriées, adaptées aux horaires de travail (nuit, jour), aux tenues (blouse, uniforme), aux accessoires (blouson, stéthoscope, balais...), et surtout à la labilité thymique des patients afin de toujours faire prévaloir la relation dans le soin, même en situation extrême d'agression.

■ **La self-défense permet, de façon plus générale, la mise en situation de tous dans des contextes peu confortables.** Ceux-ci mettent à l'épreuve le corps bien sûr, mais également les nerfs ; autrement dit les dispositions à supporter un climat de stress intense. Mis en condition, le pratiquant juge de la difficulté de ce genre de circonstances, apprend à les gérer et même à en détecter les indices afin d'en éviter l'apparition. L'identification de ces indices de danger (posture, propos d'une personne hostile) fait partie intégrante de l'entraînement d'un pratiquant de self-défense. Alliant ce savoir-faire avec sa connaissance des patients, le soignant peut envisager de façon beaucoup plus sereine le conflit latent. En cas de

ENCADRÉ 2

La loi française et la légitime défense

La légitime défense est définie par l'article 122-5 du Code pénal : « *N'est pas pénalement responsable la personne qui, devant une atteinte injustifiée envers elle-même ou autrui, accomplit, dans le même temps, un acte commandé par la nécessité de la légitime défense d'elle-même ou d'autrui, sauf s'il y a disproportion entre les moyens de défense employés et la gravité de l'atteinte.* »

■ **Conditions relatives à l'agression :**

- **Actuelle** : nécessité actuelle, danger certain et immédiat.
- **Injuste** : action non justifiée violant les dispositions de la loi pénale.

- **Cas particuliers** (agression illégale d'un agent de la force publique ou résistance à une attaque provoquée).
- **Contre une personne ou un bien** (soi-même, autrui ou un bien).

■ **Conditions relatives à la défense :**

- **Nécessaire** : justifiée (ex : désarmer un agresseur par la force).
- **Proportionnée** : réponse proportionnée à l'attaque, pas de réponse démesurée.
- **Simultanée** : vengeance interdite, réponse défensive préparée.

Source : www.legifrance.gouv.fr

ENCADRÉ 3

Quelques pratiques de self-défense

■ **Hapkido/Aïkido** : techniques coréenne/japonaise, insistant sur l'usage de la force de son adversaire (travail de clés et de maîtrise au sol de l'agresseur).

■ **Krav Maga** : technique d'intervention au corps à corps développée par l'armée israélienne (efficacité expéditive).

■ **Pencak Silat** : art indonésien du combat qui privilégie la frappe en rafales plutôt que la force d'un nombre de coup limité.

■ **"Self pro Krav"** : méthode moderne spécialisée

issue de techniques traditionnelles réadaptées et mises à jour, de toutes origines dans un but d'efficacité.

■ **Taekwondo** : technique coréenne complète de défense usant des pieds et des poings, quelques techniques de clés, le tout dans une grande souplesse de mouvement.

Sources : Crudelli C. *La voie des arts martiaux, le tour du monde des sports de combat*. Paris: Géo, 2009. Levinet J. *La self-défense*. Coll. Eyrolles Pratique. Paris: Eyrolles, 2010.

RÉFÉRENCE

- [1] Bauer A. La criminalité en France. Synthèse du Rapport de l'Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales 2011. Observatoire national des violences en milieu hospitalier. Paris: CNRS Éditions; 2011. p. 42. www.inhesj.fr
- [2] Di Marino S. La philosophie des arts martiaux, origines, traditions et fondamentaux. Paris: De Vecchi; 1998.

POUR EN SAVOIR PLUS

- Crudelli C. La voie des arts martiaux, le tour du monde des sports de combat. Paris: Géo; 2009.
- Gaffiot F. Dictionnaire latin-français. Paris: Hachette; 2001.
- Grouille D. Apprenez à survivre face à une agression. Paris: Éditions EM; 1998.
- Krug G E, Dahlberg LL, Mercy JA, et al. Rapport mondial sur la violence et la santé. Organisation mondiale de la santé; 2002.
- Levinet J. La self-défense. Coll. Eyrolles Pratique. Paris: Eyrolles; 2010.
- Code pénal. Article 122-5. Paris: Dalloz; 2012. <http://www.legifrance.com>



La pratique de self-défense, quelle que soit son origine, mesure avec précision les limites de l'organisme de chacun.

heurts, les propos échangés deviennent plus assurés, jaugés avec justesse et mieux dirigés. Le soignant saura se placer dans l'espace, jouer avec son environnement de manière naturelle afin de tempérer l'échange. Il pourra alors user avec aisance du savoir-faire lié à son métier : les rapports humains. Cet entraînement apporte plus de sérénité individuelle à chaque soignant et de ce fait des conditions de soins plus confortables pour le patient. Au-delà de sa capacité à préserver son intégrité physique, sa performance en prévention et en résolution de conflit est décuplée. Le soignant développe alors des facilités pour instaurer un climat de confiance au sein du service. Tout traitement (encore plus lorsqu'on parle de maladie mentale) gagnera en efficacité si le patient et sa famille évoluent dans un milieu hospitalier harmonieux.

■ **Outre cette plus-value indéniable sur le plan individuel, la pratique de la self-défense apporte un avantage collectif.** La self-défense reste une activité physique et sportive et donc son assimilation passe par la répétition. Si les effectifs le permettent, un entraînement commun entre collègues réguliers permet de renforcer les liens de cohésion. Cette démarche est défendue par de

nombreuses institutions telles que la police, les armées, les douanes et même certaines entreprises privées, mais aussi dans des secteurs parfois très éloignés des forces de l'ordre ou de l'autorité. Les activités physiques entre collègues de travail renforcent la solidarité et la complicité. Cette entente mutuelle facilite les relations et accélère la compréhension. L'effort de groupe est indéniablement un facteur valorisant de la synergie. Plus l'enjeu, voire le danger, est grand et plus les efforts de chacun renforcent l'efficacité d'automatismes de groupe. C'est en cela que l'on prêtera un plus fort esprit de camaraderie à une équipe de rugby ou de hockey sur glace, exposée aux dangers des impacts corporels, qu'à une équipe de football ou de basket-ball dont les joueurs sont protégés par des règles de non-contact. Si dans le monde du sport, cette complicité est au service de la performance, dans le milieu hospitalier, elle aura pour but de faciliter les conditions de vie du personnel et donc d'améliorer la prestation de soin. Les soignants se protègent individuellement et mutuellement. Dès lors que leur disponibilité pour le soin s'accroît, ce sont le patient et ses proches qui deviennent les premiers bénéficiaires de cette amélioration.

CONCLUSION

Les actes d'incivilité dans des endroits aussi improbables que les hôpitaux, dirigés contre des personnes aussi inattendues que les soignants, soulèvent des questions de première importance. Si ces événements sont inhérents à toute société, leur réponse l'est tout autant. On ne peut les laisser dégrader l'univers du travail et l'efficacité des services qui y sont rendus. La pratique de la self-défense s'en défait par la force et les détourne par l'intelligence. Si la nature des menaces a évolué avec les années, les techniques de self-défense ont fait de même. De prime abord, bouclier de dernier recours, elle s'avère un outil extrêmement efficace dans la prévention de la violence. Réel carburant de la protection individuelle, elle devient moteur de l'esprit d'équipe pour partager ses bienfaits en première intention avec le patient. Tant que les agressions n'auront de cesse de se répéter, les victimes n'auront de cesse de s'y préparer. ■

*Déclaration d'intérêts :
l'auteur déclare ne pas
avoir de conflit d'intérêts
en relation avec cet article.*

L'AUTEUR

Florian Barreau,
professeur de Taekwondo
et self-défense 2^e dan,
formateur vacataire en
matière de self-défense,
56100 Lorient,
France,
florian2098@live.fr

législation

Traitement juridique des situations de violence en établissement de santé

■ La survenance de faits de violence en établissement de santé requiert d'engager un ensemble de démarches qui peuvent être guidées ou effectuées directement par le cadre de santé ■ La production d'un guide interne à l'établissement adapté, le cas échéant, à l'unité, souhaitée par les pouvoirs publics, est un précieux soutien.

OLIVIER DUPUY

© 2012 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Legal procedures to deal with situations of violence in healthcare institutions. The occurrence of acts of violence in healthcare institutions sets in motion procedures to be followed which can be guided or carried out directly by the healthcare manager. The creation of an internal handbook which is adapted, where necessary, to the unit, recommended by the authorities, can be a valuable support.

© 2012 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

L'Observatoire national des violences en milieu de santé¹ (ONVS) a établi une typologie des violences en distinguant celles qui affectent les biens de celles qui concernent les personnes. Au sein de chacune de ces catégories, il distingue des niveaux d'agression selon l'échelle de gravité retenue par le code pénal. Il intègre dans le périmètre des violences les atteintes aux biens, ce qui n'est pas le cas dans le code pénal. Le législateur limite la qualification aux violences physiques ayant entraîné ou non une incapacité de travail [1] et aux violences psychologiques [2]. L'ONVS a recensé une hausse de 13 % des faits de violence signalés par les établissements de santé pour l'année 2011 [3]. Ce chiffre doit être modulé car, ce bilan ayant été arrêté au 5 janvier 2012, des déclarations pourraient avoir été communiquées par la suite. De plus, l'ONVS recense une hausse de 11 % du nombre d'établissements déclarants. L'augmentation des faits de violence recensés peut donc être liée en partie à l'appropriation croissante par les institutions sanitaires du dispositif de déclaration. Depuis 2006, cette augmentation est constante.

SIGNALER

Lorsqu'un professionnel de santé est victime d'un fait de violence, il doit engager des démarches qui

peuvent être utilement guidées par une procédure interne produite par la direction de l'établissement qui l'emploie. Cette dernière peut s'inspirer, entre autres, de "fiches réflexes" produites conjointement par la Fédération hospitalière de France (FHF) et l'ONVS [4].

Attester de la matérialité des faits et en conserver toutes preuves

■ **Lorsque les violences consistent en une atteinte à la personne**, un constat clinique requiert d'être effectué dans le délai le plus bref. Le groupe de travail piloté par la FHF et l'ONVS indique que « *la prise en charge est physique et rapide, voire médicalisée, en vue de l'orientation de la victime selon son état de santé et son choix d'établissement. Un examen médico-légal est alors demandé, les renseignements utiles recueillis, les éléments de preuve conservés, les traces et les indices préservés* » [4]. Ce constat médical permettra également de motiver la déclaration d'accident du travail. Plus largement, là où les preuves de la commission d'une infraction doivent être préservées. Le personnel hospitalier requiert d'être informé de la conduite à tenir à ce sujet, comme le préconise le protocole d'accord du 10 juin 2010 [5].

■ **Il est opportun de rédiger un rapport circonstancié**, conformément à la procédure interne à l'établissement. Un formulaire type a été proposé

MOTS-CLÉS

- Accident du travail
- Droit de retrait
- Plainte
- Protection
- Secret professionnel
- Signalement
- Violence

KEYWORDS

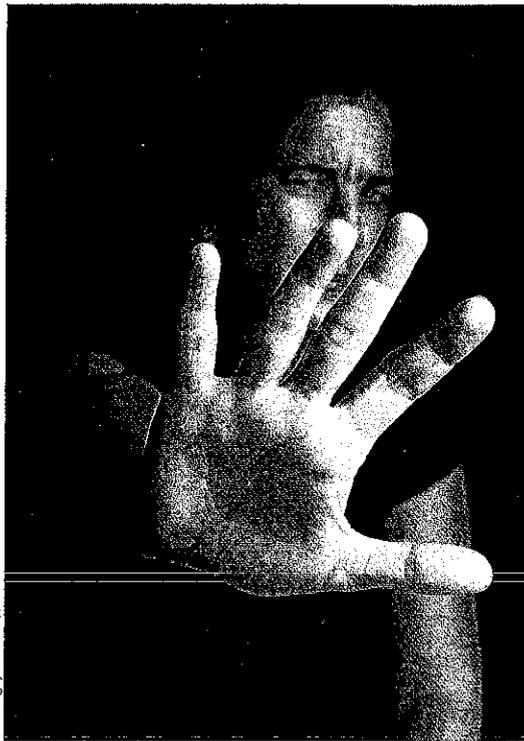
- Complaint
- Professional confidentiality
- Protection
- Reporting an incident
- Right to leave
- Violence
- Work accident

NOTES

1. Créé en avril 2005, l'Observatoire national des violences en milieu hospitalier, auquel s'est substitué depuis le 1^{er} janvier 2012 l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé (ONVS), a pour mission de « coordonner et d'évaluer les politiques mises en œuvre par les différents acteurs sur l'ensemble du territoire afin de garantir la sécurité des personnes et des biens à l'intérieur des établissements concernés ». Il est chargé de recenser les actes de violence commis dans les établissements de santé.
2. Cette circulaire peut utilement être utilisée dans la fonction publique hospitalière, ce que confirme l'analyse produite par le groupe de travail de la FHF et de l'ONVS (Fiches Réflexes précitées, Annexe 1)
3. Dans le cadre d'une instruction, voir l'article 109 du code de procédure pénale.
4. Dernier alinéa de l'article 11 de la loi du 13 juillet 1983.

RÉFÉRENCES

- [1] Article 222-7 du Code pénal.
- [2] Article 222-14-3 du Code pénal.
- [3] Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Observatoire national des violences en milieu de santé, Bilan national des remontées des signalements d'actes de violence en milieu hospitalier, 2011, p. 3.
- [4] Fiches Réflexes sur la conduite à tenir dans les situations de violence en établissements publics, sanitaire et médico-social, mai 2011.
- [5] Article 8 du protocole d'accord signé par le ministre chargé de la Santé, le ministre de l'Intérieur et le ministre de la Justice le 12 août 2005, modifié et complété par le protocole d'accord du 10 juin 2010.
- [6] Fiches Réflexes précitées, mai 2011, Annexe 2 "Rapport circonstancié ou d'imputabilité".
- [7] Article L. 6143-7 13° du Code de la santé publique.
- [8] Article R. 1112-49 du Code de la santé publique.
- [9] Article 5 du protocole d'accord du 10 juin 2010.
- [10] Article 4 du protocole d'accord du 10 juin 2010.



© uniraq/agefotolia.com

par l'ONVS en mai 2011 [6]. Ce rapport est logiquement établi prioritairement par la victime. Toutefois, comme l'indique le groupe de travail piloté par la FHF et l'ONVS, il peut être établi par le cadre si l'agent ne peut pas le faire.

■ Cette information de l'employeur poursuit plusieurs objectifs : le directeur de l'établissement est garant de la sécurité au sein de l'institution. Lorsqu'il s'agit d'un établissement public de santé, il arrête à ce titre le règlement intérieur de l'établissement [7] et peut prendre « toutes les mesures appropriées pouvant aller éventuellement jusqu'au prononcé de la sortie » d'un patient lorsque ce dernier cause des désordres persistants [8]. Le signalement contribue à établir un diagnostic de la sécurité au sein et aux abords de l'établissement et à envisager, le cas échéant, des préconisations [9]. Depuis la signature du protocole d'accord par les ministres chargés de la Santé, de l'Intérieur et de la Justice le 12 août 2005, le directeur doit pouvoir bénéficier du concours d'un correspondant du service de police ou de gendarmerie du lieu d'implantation de l'établissement chargé d'être son interlocuteur pour tout problème de sécurité [10]. Les faits de violence sont transmis sans délai par la direction à l'Agence régionale de santé (ARS). Cette transmission se fait par voie électronique à l'aide d'une fiche signalétique [11]. L'ARS communique ces signalements à la Direction générale de l'offre de soins (DGOS)

en mentionnant l'intervention que l'ARS envisage éventuellement de conduire en appui à l'établissement [12].

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) peut être saisi au titre, d'une part, de sa mission de contribution à la protection de la santé physique et mentale et de la sécurité des travailleurs de l'établissement [13] et, d'autre part, de son rôle d'enquête en matière d'accident du travail [14].

Un signalement au service de police ou de gendarmerie de faits constitutifs d'une infraction est nécessaire. Ces services devront être alertés dans le respect de la procédure interne à l'établissement [15].

Déposer plainte

■ La victime peut déposer plainte. Cette démarche peut être accomplie au sein de l'établissement, au commissariat ou, le cas échéant, à la gendarmerie. Elle fait l'objet dans tous les cas d'un procès-verbal et donne lieu à la délivrance d'un récépissé à la victime. Cette dernière peut également demander qu'une copie du procès-verbal lui soit immédiatement remise [16]. Les pouvoirs publics ont souhaité faciliter les dépôts de plaintes au travers de plusieurs mesures formalisées dans le protocole d'accord signé le 10 juin 2010. La victime est en principe tenue de communiquer son adresse personnelle, ce qui peut favoriser le renoncement à une telle initiative par peur de représailles. C'est la raison pour laquelle le protocole d'accord du 10 juin 2010 permet une domiciliation à son adresse professionnelle, au commissariat ou à la gendarmerie [17]. Le directeur de l'établissement de santé concerné par les faits de violence doit être informé par le procureur de la République des suites données aux plaintes déposées [18]. Le directeur de l'établissement de santé ne peut déposer plainte que sous réserve que l'établissement soit victime directe de l'infraction, ce qui peut intervenir notamment lorsque les violences ont visé les biens, propriété de l'institution. La circulaire du 5 mai 2008 [19]² rappelle à ce sujet que, s'agissant des institutions publiques, « l'administration ne peut pas se constituer partie civile en lieu et place de son agent, dès lors qu'elle n'est pas la victime directe de l'infraction (cass. crim. 10 mai 2005, req. n° 04-84633). Dans tous les cas, il est rappelé qu'il incombe à l'administration de signaler toute infraction pénale dont elle aurait connaissance auprès du procureur de la République, en application de l'article 40 du code de procédure pénale, ce dernier appréciant l'opportunité d'engager des poursuites ».

La violence à l'hôpital

■ La victime ou tout témoin des faits de violence peut être conduite à communiquer les éléments dont il dispose à l'autorité judiciaire.

Les services ministériels invitent le personnel hospitalier à apporter son soutien à l'enquête [17]. Toutefois, la personne auditionnée demeure soumise, dans le contexte d'une enquête ou d'une instruction, au respect du secret professionnel et, à ce titre, doit s'abstenir de communiquer des éléments ayant trait à la vie privée des patients, par exemple la pathologie qui pourrait contribuer à expliquer les faits de violence³. Elle doit transmettre les données qui relèvent d'une des dérogations au secret prévues par la loi. Tel est le cas des informations qui concernent une « *privation ou un sévère infligés à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique* » [20].

BÉNÉFICIER D'UNE PROTECTION JURIDIQUE LORSQUE L'EMPLOYEUR EST UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC

Lorsque le professionnel hospitalier victime de faits de violence est un agent de la fonction publique, il bénéficie de la protection organisée par l'établissement public qu'il sert, au titre de l'article 11 de la loi du 13 juillet 1983 [21].

■ L'administration doit protection à l'agent lorsqu'il est victime d'"attaques" à l'occasion de ses fonctions. Ces attaques peuvent prendre la forme de celles énumérées à l'article 11 alinéa 3, c'est-à-dire des menaces, violences,

voies de fait, injures, diffamations ou outrages, sans que cette liste soit exhaustive [19]. Les faits de violence qui visent les biens ou les personnes semblent justifier le déclenchement de ce droit à protection. Il demeure que l'agent doit établir la matérialité des faits dont il se dit victime et le préjudice qu'il a subi [22].

■ Cette protection bénéficie aux fonctionnaires et, depuis la loi du 16 décembre 1996, il est expressément prévu qu'elle est due également aux agents publics non titulaires⁴.

Cette protection consiste en de multiples initiatives qui peuvent être déclenchées par l'administration hospitalière, sans que les pouvoirs publics n'en aient établi une liste précise [19]. Il peut s'agir de mesures de soutien ou de prévention. Par exemple, l'administration doit pouvoir assurer la

sécurité de l'agent : dans ce cas, en fonction de l'agression, elle pourra effectuer le changement du numéro de téléphone ou de l'adresse électronique professionnels de l'agent concerné. Le cas échéant, un changement de service pourra être envisagé. En cas de menaces sérieuses, des dispositions pourront être prises afin d'en informer les autorités compétentes, voire de faire surveiller son domicile.

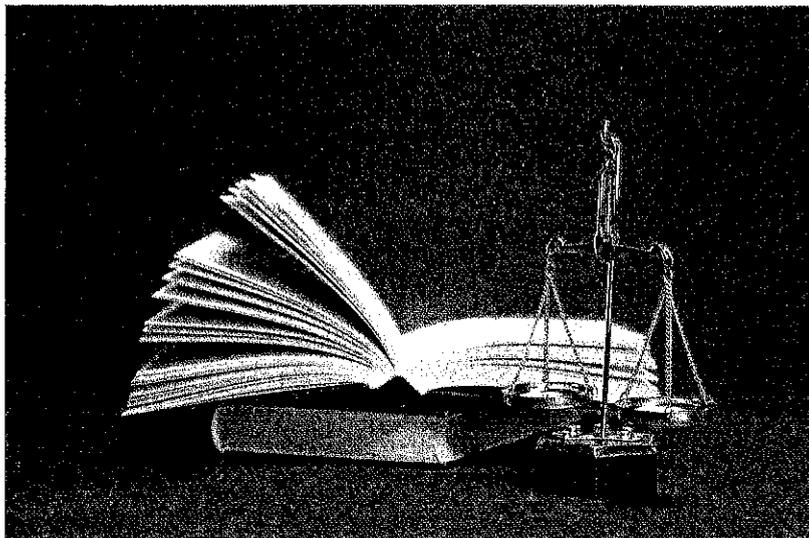
■ La protection peut également consister en des mesures de soutien de l'agent victime : la hiérarchie pourra choisir de lui adresser une lettre de soutien ou encore de le recevoir personnellement. En effet, l'administration est tenue d'apporter à l'agent le soutien moral qu'il est en droit d'attendre du fait des souffrances psychologiques causées par l'attaque dont il a été victime [23]. Une prise en charge psychologique et sociale doit être « *immédiate et systématique* » [4], selon la procédure que l'établissement a formalisée [24]. Lorsque l'agression a fait plusieurs victimes ou a provoqué un traumatisme au sein du service, une cellule de soutien peut être mise en place à l'initiative du chef de service concerné. Cette cellule, qui réunit les acteurs concernés, définit les différentes actions à mener pour apporter une aide immédiate, administrative et médico-sociale aux victimes. Le dispositif est adapté en fonction de la gravité des cas à traiter.

■ L'agent victime doit également pouvoir prétendre à une indemnisation du préjudice subi. Ce droit consiste à obtenir directement auprès de l'administration le paiement

de sommes couvrant la réparation du préjudice subi du fait des attaques, avant même que l'agent n'ait engagé une action contentieuse contre l'auteur de l'attaque [25] et qu'il ait ou non l'intention d'engager une telle action. Ce droit à indemnisation vise pour l'essentiel à permettre une indemnisation de l'agent lorsque l'auteur des faits de violence ne règle pas le montant des dommages et intérêts auxquels il a été condamné, soit parce qu'il est insolvable, soit parce qu'il se soustrait à l'exécution de la décision de justice. Il appartient à l'administration d'évaluer le préjudice, évaluation qui peut être contestée devant le juge administratif. Divers préjudices peuvent être indemnisés : la jurisprudence reconnaît notamment la réparation des préjudices matériels, moraux ou corporels. Cette indemnisation

RÉFÉRENCES (SUITE)

- [11] Fiche signalétique Jointe en annexe de la circulaire n° DHOS/P1/2005/327 du 11 juillet 2005, relative au recensement des actes de violence dans les établissements mentionnés à l'article 2 du titre IV du statut général de la fonction publique.
- [12] Circulaire n° DHOS/P1/2005/327 du 11 juillet 2005, précitée.
- [13] Article L. 4612-1 1° du Code du travail.
- [14] Articles L. 4612-5 et R. 4612-2 du Code du travail.
- [15] Articles 7 et 8 du protocole d'accord du 10 juin 2010.
- [16] Article 15-3 du Code de procédure pénale.
- [17] Article 10 du protocole d'accord du 10 juin 2010.
- [18] Article 11 du protocole d'accord du 10 juin 2010.
- [19] Circulaire FP n° 2158 du 5 mai 2008, relative à la protection fonctionnelle des agents publics de l'État.
- [20] Article 226-14 du Code pénal.
- [21] Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983, portant droits et obligations des fonctionnaires (JO 14 juillet 1983).
- [22] Cour administrative d'appel de Paris, 16 mai 1989, req. n° 89PA00078.
- [23] Tribunal administratif de Lyon, 19 mai 1998, M. Jarnet, n° 9500306.
- [24] Article 12 du protocole d'accord du 10 juin 2010.
- [25] Conseil d'État, 18 mars 1994, Rimasson, n° 92410.
- [26] Circulaire DGA 5/SD 2 n° 2002-265 du 30 avril 2002 relative au renforcement des procédures de traitement des signalements de maltraitance et d'abus sexuels envers les enfants et les adultes vulnérables accueillis dans les structures sociales et médico-sociales.
- [27] Conseil d'État, 2 avril 2003, Chantalou, n° 249805, Lebon, p. 909.
- [28] Décret n° 95-680 du 9 mai 1995 modifiant le décret n° 82-463 du 28 mai 1982, relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail, ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique.



© Flickr/Fabrizia.com

RÉFÉRENCES (SUITE)

[29] Loi n° 82-1097 du 23 décembre 1982, relative aux comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail. Dispositions actuelles codifiées aux articles L. 4131-1 à L. 4132-5 du code du travail.

[30] Directive cadre européenne n° 89-391 CEE du 12 juin 1989 du Conseil des Communautés européennes, concernant la mise en œuvre des mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail.

[31] Décret n° 82-453 du 28 mai 1982, relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique.

Déclaration d'intérêts : l'auteur déclare ne pas avoir de conflit d'intérêts en relation avec cet article.

L'AUTEUR

Olivier Dupuy, docteur en droit, juriste-formateur libéral, France, dupuyolivier@neuf.fr

intervient à la demande de l'agent qui devra joindre les pièces justifiant la réalité du préjudice dont il demande réparation. L'indemnisation peut être immédiate dès lors que ces pièces ont été produites : attestations d'arrêts de travail, de paiement des frais médicaux, de perception d'une pension ou d'une allocation d'invalidité..., sans qu'il soit nécessaire de rechercher si les auteurs des faits ont été identifiés ou non. L'administration qui a réparé le préjudice subi par l'agent est ensuite en droit de réclamer à l'auteur dudit préjudice le remboursement des sommes versées.

■ **La protection de l'agent victime peut également consister en la prise en charge des frais d'avocat** dans l'hypothèse où il souhaite entamer une action en justice [26]. L'agent doit prendre contact avec le service de son administration chargé de la protection fonctionnelle, notamment afin de connaître les conditions dans lesquelles la prise en charge des frais d'avocat sera effectuée. L'administration n'est pas tenue de prendre à sa charge l'intégralité de ces frais, que l'avocat soit choisi ou non parmi ceux qu'elle propose [27]. Si les honoraires de l'avocat sont manifestement excessifs, l'administration a la possibilité de les discuter avec lui. Une convention d'honoraires entre l'avocat et l'administration peut être utilement envisagée.

■ **L'agent qui souhaite bénéficier de la protection de l'administration qu'il sert doit l'en informer**, motiver sa demande et apporter toutes précisions utiles sur les faits pour éclairer l'institution dans sa prise de décision. Aucune disposition législative ou réglementaire n'impose aux intéressés un délai précis. La circulaire du 5 mai

2008 indique qu'il est préférable que l'agent formule sa demande avant d'intenter toute action. L'administration saisie d'une demande de protection doit dans toute la mesure du possible y apporter une réponse écrite. En cas d'acceptation, l'administration doit indiquer selon quelles modalités elle envisage d'accorder la protection et, en cas de refus, elle doit motiver sa décision et informer l'agent des voies et délais de recours. À défaut, le silence gardé pendant plus de deux mois par l'administration vaudra décision de rejet de la demande, conformément au droit commun.

L'EXERCICE, LE CAS ÉCHÉANT, DU DROIT DE RETRAIT

Le droit de retrait a été introduit dans les textes régissant les conditions de travail des agents de la fonction publique par un décret du 9 mai 1995 [28]. Cette introduction s'inspire du droit déjà reconnu aux salariés de droit commun dans le code du travail par la loi du 23 décembre 1982 [29] et repris par la directive européenne du 12 juin 1989 [30]. Dans le cas de faits de violence commis à l'encontre d'un professionnel, celui-ci peut faire valoir son droit de retrait sur le fondement de l'article 5-6 du décret n° 82-453 du 28 mai 1982 [31], lequel prévoit que : « Si un agent a un motif raisonnable de penser que sa situation de travail présente un danger grave et imminent pour sa vie ou pour sa santé ou s'il constate une défectuosité dans les systèmes de protection, il en avise immédiatement l'autorité administrative ». La condition d'un « danger grave et imminent » a été précisée par la circulaire du 24 janvier 1996 : « La notion de danger doit être entendue, par référence à la jurisprudence sociale, comme étant une menace directe pour la vie ou la santé du fonctionnaire ou de l'agent, c'est-à-dire une situation de fait en mesure de provoquer un dommage à l'intégrité physique de la personne ». Toutes les formes de violence telles qu'elles ont été décrites par l'ONVS ne semblent donc pas justifier l'exercice du droit de retrait.

CONCLUSION

Le cadre de santé doit être en mesure d'organiser la prise en charge des professionnels victimes de violence qui sont sous sa responsabilité. Cela implique qu'il connaisse, maîtrise et mette en œuvre la procédure interne à l'établissement à ce sujet et que, dans l'hypothèse où il n'en existerait pas, il en suscite la création. ■

Éléments de bibliographie

La bibliographie suivante [1-40] complète le dossier "La violence à l'hôpital".

LIVRES

- [1] **Dotte P.** Violences et agressions physiques : méthode de self-sauvegarde compatible en milieu soignant. 2^e éd. Montpellier: Sauramps Medical; 2010.
- [2] **Dujardin V.** Les relations hôpital-police-justice. Bordeaux: Les Études hospitalières; 2008.
- [3] **Gbezo BE.** Les soignants face à la violence. 2^e éd. Paris: Lamarre; 2011.
- [4] **Ginsbourger F.** Des services publics face aux violences : concevoir des organisations, source de civilité. Lyon: ANACT; 2008.
- [5] **Haut Comité de la santé publique.** Rapport violences et santé. Paris: La Documentation française; 2004.
- [6] **Llorca G.** (sous la dir. de). Civisme et santé. L'hôpital face aux incivilités. Lyon: Presses universitaires de Lyon; 2009.
- [7] **Mauranges A.** Stress, souffrance et violence en milieu hospitalier : manuel à l'usage des soignants. 4^e éd. Montargis: MNH; 2011.
- [8] **Michel M, Thirion JF.** Faire face à la violence dans les institutions de santé : gestions des risques et de la qualité. Paris: Lamarre; 2004.

ARTICLES

- [9] **Bessa Z, Douiller A.** Violences et santé : quelles actions éducatives. La santé de l'homme 2007; 389:9-53.
- [10] **Chevallier JR, Pean S.** Convention hôpital-police-justice : l'expérience du centre hospitalier de Blois. Revue hospitalière de France 2006; 513:49-52.
- [11] **Collectif.** Violence et soins. Soins 2007; 52(715):29-54.
- [12] **Collectif.** L'écoute à l'épreuve du médical. Le journal des psychologues 2009;266:16-49.
- [13] **Collectif.** À propos des violences à l'hôpital. Cahiers hospitaliers 2011;279:34-6.
- [14] **Collectif.** Usage des violences [dossier]. L'Observatoire 2008;58:17-83.
- [15] **Debelleix E.** Quand l'hôpital fait violence. L'infirmière magazine 2009;249:30-4.
- [16] **Estryn-behar M, Duville N, Menini ML, et al.** Facteurs liés aux épisodes violents dans les soins : Résultats de l'enquête européenne Presst-Next. Presse Med 2007;36(CAH1):21-35.
- [17] **Friard D, Thevenin M, Leclerc C, et al.** La violence à l'hôpital. Rev Infirm 2010;165:17-30.

- [18] **Goulay AC.** Réagir face à un acte de violence. Rev Infirm 2012;180:32-3.
- [19] **Griveau F, Jeanson R.** La violence à l'hôpital (dossier). Rev Infirm 2010;165:17-30.
- [20] **Jean P, Stanek A, Moura M.** Accompagnement des situations de violences. Revue hospitalière de France 2006;509:42-52.
- [21] **Medouze RM.** Le droit des praticiens à bénéficier de la protection de leur établissement. Gestions hospitalières 2006;455:287-91.
- [22] **MNH.** Prévenir la violence dans les soins. Soins 2005;698:51-2.
- [23] **Nowak S.** L'éthique des professions de santé à l'épreuve de la violence dans les relations interdisciplinaires. Ethique & Santé 2010;7(2):102-7.
- [24] **Poujouly MC, Bourgoz D.** Détection de la violence domestique en milieu hospitalier par les soignants : responsabilité professionnelle et enrichissement de l'approche du patient. Rech Soins Infirm 2009;96:73-6.
- [25] **Rioufol MO, Andrieux L, Quinon M.** La violence dans les soins. Soins aides-soignantes 2010;36:11-9.
- [26] **Rousselle JC.** Assistance publique-Hôpitaux de Paris. Rencontres du management. Les violences faites aux professionnels de santé. Gestions Hospitalières 2009;483:121-7
- [27] **Samuelian JC, Bourret R, Poncon G.** La protection du travailleur isolé, pôle psychiatrie de l'AP-HM. Gestions hospitalières 2007;469:541-2.
- [28] **Schuwey-hayoz A, Needham I.** Caractéristiques de l'agressivité des patients dans un hôpital psychiatrique en Suisse. Rech Soins Infirm 2006;86:108-15.
- [29] **Senninger JL.** À propos de la dangerosité (dossier). Santé mentale 2008;128:15-67.
- [30] **Strumeyer C, Ponte C, Brodeur J.** Prévenir les violences institutionnelles. Soins Pédiatrie Psychologie 2010;253.
- [31] **Thys F, Vermeiren E, Laurent M, et al.** Pratique soignante : Agressivité et violence dans les services d'urgences, moteurs de changement de pratiques? Les défis des urgences pédiatriques. Soins Pédiatr Pueric 2010;252:32-4.

TEXTES RÉGLEMENTAIRES

- [32] Circulaire n°2158 du 5 mai 2008 relative à la protection fonctionnelle des agents publics de l'État.

- [33] Circulaire N°DHOS/P1/2005/327 du 11 juillet 2005 relative au recensement des actes de violence dans les établissements mentionnés à l'article 2 du titre IV du statut général de la fonction publique.
- [34] Circulaire N°DHOS/P1/2000/609 du 15 décembre 2000 relative à la prévention et à l'accompagnement des situations de violence.
- [35] Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Observatoire national des violences en milieu de santé, Bilan national des remontées des signalements d'actes de violence en milieu hospitalier, 2011.

SITES INTERNET

- [36] <http://www.sante.gouv.fr/observatoire-national-des-violences-hospitalieres-onvh,388.html>
- [37] <http://www.has-sante.fr>
- [38] <http://www.sante.gouv.fr/echelle-de-gravite-des-evenements-de-violence-en-milieu-hospitalier.html>
- [39] <http://www.fhf.fr/>

RAPPORT

- [40] **ANFH.** Journées de réflexion région Alsace : la violence, phénomène de société : ses répercussions à l'hôpital. ANFH; 2006.

Christel Baigts,
documentaliste,
CH de Pau, 64000 Pau
Evelyne Leonhard,
documentaliste, Ifsi,
Cécilia Bonvalot,
stagiaire documentaliste, Ifsi,
CH de Saverne, 67700 Saverne,
Nadège Bousquet,
documentaliste,
CH de Toulouse, 31000 Toulouse,
France