

Jean-Michel BUDET
Directeur général adjoint CHU Rouen

Graph 2002 La violence

Le séminaire Graph de mars 2002 a été consacré à la question de la violence et a réuni autour de ce thème Roger Dadoun, philosophe et professeur à Paris-VII, Jean Furtos, psychiatre au Vinatier, Claudine Esper, juriste, professeur à Paris-V, Alain Hamon, conseiller pour la sécurité à l'AP-HP, Jean-François Caillard, professeur chef du service central de médecine du travail de l'AP-HP, Bernard Proust, professeur de médecine légale au CHU de Rouen, et Michel Godet, professeur au Cnam.

Roger Dadoun a librement philosophé sur la violence. Pour lui, la violence fait fureur, les actes délictueux sont sur-représentés; les médias valorisent le dire de la violence.

L'acte est moins fait pour être exécuté que pour être dit.

C'est la spirale, l'escalade, le cycle, le redoublement de la violence.

Il y a doublement de la violence par l'agir et le dire.

L'imaginaire est modelé par les médias. Ainsi se constituent des connivences obscènes entre médiatisation et violence. La violence, c'est toujours l'autre (l'autre qui a commencé).

C'est l'autre qui est violence.

Le complexe d'Œdipe est le nœud de la violence.

La naissance est violence. Les fondamentaux de la vie humaine sont marqués par la violence, qu'il s'agisse du sexe ou du travail. La fonction de la culture est de nous mener au-delà de la violence. La culture est un système de régulation ou de dérégulation de la violence. Amour et Art sont des réponses à la violence.

Mais la violence est aussi créatrice.

La loi régule la violence.

Dans l'île du Dr Moreau (de H.-C. Wells), les humanoïdes disent que pour accéder à l'humanité, il faut respecter l'homme; c'est la loi.

Le temps est la pire violence; le temps est l'irréparable, la violence incarnée qui justifie le pacte avec le diable d'un Faust. C'est le temps volé d'« Ô temps! suspends ton vol ». Faire attendre est une forme raffinée de violence.

Dieu est la plus remarquable représentation de la violence, la violence fondamentale.

Le dieu jaloux induit l'homme à consommer le péché. Il interdit le fruit de l'arbre de la connaissance.

Tu enfanteras dans la douleur; tu travailleras et gagneras ton pain à la sueur de ton front. C'est le dieu catalyseur de la violence intrinsèque de l'homme. En projetant sur Dieu, l'homme se libère et s'exonère.

Et notre philosophe de passer en revue les auteurs pour illustrer ses propos.

Pour Hobbes, *homo est homini lupus*. Seule solution pour l'homme: passer contrat pour réguler la violence. Le titre de son œuvre *Le Léviathan* rappelle le monstre dévorateur de la Bible. Dans

Metropolis de Fritz Lang, le Moloch dévore l'Humanité laborieuse.

Chez George Orwell et ses semaines de la haine, la société est animée par la violence. Le pur pouvoir est le pouvoir d'exercer la violence, c'est un visage humain piétiné par des bottes, c'est le triomphe de la lutte contre la rationalité: 2 + 2 font 5.

Pour Machiavel, la vertu permet d'accepter la violence: *virtu*, c'est aussi *vir* l'homme, *vis* la force. Chez Freud, la société humaine est fondée sur un crime. Pour José Ortega y Gasset et sa révolte des masses, la société est fondée par une bande de voyous (Romulus et Remus).

Brecht conclut sur l'arrivée au pouvoir des nazis que les pratique du pouvoir et du racket ont d'étranges connivences.

Claudine Esper s'est intéressée au thème « Violences urbaines et hôpital ». L'analyse statistique le montre: l'hôpital, le lieu de santé, n'est plus protégé.

À titre d'illustrations peuvent être cités:

- Le film *Urgences* de Depardon sur le service des urgences de l'Hôtel-Dieu.
- Le dossier sur la violence à l'hôpital paru dans *Le Figaro* du 12 mai 1999.
- La grève de trois semaines à Marseille: présence policière aux urgences et médecins dans les commissariats.
- Le rapport sur les violences subies au travail par les professionnels de santé de Georges Costargent et Michel Vernerey (prévention active et passive), IGAS, octobre 2001.
- Le retrait des services de santé des quartiers difficiles.
- La protection contre l'intrusion des cabinets médicaux qui remet en cause la symbolique plaque *Sonnez et entrez*.

La législation intègre cette évolution depuis l'article 11 du statut garantissant la protection des fonctionnaires jusqu'à la loi du 6 juillet 1992 pour les biens des malades. Le protocole du 14 mars 2000 et la circulaire du 15 décembre 2000 prévoient un accompagnement financier de la prévention.

L'absence de disposition pénale spécifique vient d'être comblée par la loi de 2003 sur la sécurité intérieure qui modifie le code pénal. Le code de la santé comprend deux cents infractions pour protéger les patients.

Le premier alinéa de l'article 433-3 du code pénal est ainsi rédigé :
« Est punie de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende la menace de commettre un crime ou un délit contre les personnes ou les biens proférée à l'encontre d'une personne investie d'un mandat électif public, d'un magistrat, d'un juré, d'un avocat, d'un officier public ou ministériel, d'un militaire de la gendarmerie, d'un fonctionnaire de la police nationale, des douanes, de l'administration pénitentiaire, d'un sapeur-pompier professionnel ou volontaire, d'un gardien assermenté d'immeubles ou de groupes d'immeubles, d'un agent exerçant pour le compte d'un bailleur des fonctions de gardiennage ou de surveillance des immeubles à usage d'habitation en application de l'article L.127-1 du code de la construction et de l'habitation, d'un agent d'un exploitant de réseau de transport public de voyageurs, d'un professionnel de santé en service et de toute autre personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions, ou à l'encontre, et du fait de ces fonctions, du conjoint, des ascendants et des descendants en ligne directe de cette personne ou de toute autre personne vivant habituellement à son domicile. La peine est portée à cinq ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende lorsqu'il s'agit d'une menace de mort ou d'une menace d'atteinte aux biens dangereuse pour les personnes. »

Les murs protégeant l'hôpital tombent, la violence de la société entre à l'hôpital qui produit ses propres violences. Les unités médico-judiciaires se développent. En 1985, Odile Diamant-Berger crée l'unité de l'Hôtel-Dieu (30 000 consultations en 2000). La réception des victimes et des auteurs est assurée.

Bernard Proust a présenté la médecine légale au carrefour des violences. La sécurité est une obsession. Ce n'est pas surprenant : la violence est dans la tête des citoyens : violence contre les autres, contre soi-même (suicide, toxicomanie). Un médecin légiste est-il capable de sentiment ?

La médecine légale est un observatoire de violence : le débat est trop laissé aux psychologues et « urbanologues ». Le médecin légiste est le premier observateur de la vie de la cité. Il ne s'intéresse pas à la mort, mais aux violences. Il est observateur interactif aux côtés des juristes, policiers, sociologues... ; il est aussi analyste des facteurs de passage à l'acte et observateur singulier de situations exceptionnelles, car la violence est devenue le nouveau langage de la société.

Une nouvelle typologie de la violence ?

L'image donnée par les médias est confirmée.

Autrefois, Cesare Lombroso fondait la théorie du criminel-né, la bioanthropologie, l'« homme criminel », la reconnaissance des délinquants, puis vint l'identification jusqu'à la génétique.

Chacun se rappelle l'affaire du cerveau de Gambetta (1882) et du secret de trois ans concernant son poids.

Les violences sont multiples. Sexuelles, elles s'expriment sans être nouvelles. Elles sont gratuites, d'occasion (hasard, envie non freinée), liées aux conduites addictives.

Les violences s'expriment par provocation. Ce sont aussi les violences des transports, les troubles adaptatifs des adolescents, la délinquance des jeunes confortée par l'absence d'autorité des familles, d'éducation dans l'école de la République, voire dans les écoles confessionnelles.

La République se risque à être la république des mineurs, celle de la non-réponse de la société face aux violences, du parcours du combattant des victimes et du classement des plaintes pour les ITT inférieures à huit jours.

La médecine légale, école de pensée

La médecine légale devient une école de pensée au service de la société, un pont entre deux modes de pensée que tout sépare : la pensée juridique concise, empreinte de certitude, de raison, répressive et arbitraire et la pensée médicale et intuitive de plus en plus précise.

Les outils de réparation

Les associations de victimes se structurent avec l'Institut national des associations de victimes et de médiation (Inavem,

loi du 15 juin 2000 et circulaires du 14 mai 2000 et du 22 octobre 2001 sur l'accueil des victimes).

Alain Hamon a présenté le dispositif sécuritaire de l'AP-HP. Incivilités, expression croissante du besoin de sécurité, insécurité exportée et importée sur le trajet (transports en commun, parking) constituent le lot quotidien face à un désengagement des zones privées par la police (responsabilité du directeur dans son site), à la spécificité de l'hôpital fondée sur l'ouverture sur la ville et l'accueil des précarités (circulaire du 17 décembre 1998). La notion d'abus du droit d'accueil est vite constituée par des personnes qui viennent à l'hôpital sans avoir rien à y faire (individus et bandes).

Les solutions recherchées sont plus humaines que technologiques.

Trente-deux hôpitaux sur 41 sont dotés d'un commandant de police à la retraite (55 ans) ou officier de gendarmerie (15 à 25 ans de service), conseiller du directeur, responsable de l'équipe de gardiennage interne ou externe, formateur des équipes, chargé de définir les missions avec précision et de créer la relation avec les équipes soignantes qui deviennent auxiliaires.

La tolérance zéro conduit rapidement à la stabilisation des faits délictueux.

Le plan antimalveillance AP-HP est fondé sur un partenariat actif police/hôpital/justice :

- des référents sont désignés dans les commissariats pour les demandes d'intervention et surtout pour le traitement des plaintes (renvoi fréquent à une simple mention de main courante) ;
- Attitude plus active de la justice : suivi des plaintes, peines aggravées pour les agresseurs des professionnels de santé. Par les contrats locaux de sécurité, mairie et parquet intègrent les problèmes de sécurité des hôpitaux.

Michel Godet a développé le thème « Prospective et violence ». La violence n'est pas un phénomène nouveau, mais une constante de

l'histoire. Le meilleur comme le pire est en chacun d'entre nous et il n'est de richesses que d'hommes éduqués. Sans éducation et culture, c'est-à-dire capacité de discernement, de respect des différences et de critiques, il n'y a pas de société de confiance et responsabilité mais seulement des rapports de force plus ou moins aveugles qui conduisent les sociétés aux portes de la barbarie. Comment expliquer la flambée de violences et délits dans la société française contemporaine dont on dit que 99 % restent sans sanction (80 % des délits

ne sont pas poursuivis et sur les 20 % restants, 10 % donnent lieu à sanction dont la moitié seulement est appliquée)? Cette montée de la violence est-elle vraiment nouvelle? Pourquoi affecte-t-elle plus spécifiquement les jeunes à l'école, dans la rue, à la maison, qu'ils la subissent ou la provoquent?

Pour tenter de répondre à ces questions, Michel Godet utilise la grille de lecture du prospectiviste, replace le problème de la violence dans une prospective globale, historique et anticonformiste chaque fois que l'impertinence intellectuelle est nécessaire pour poser les questions pertinentes. •

références

- **Roger Dadoun**, L'Île des morts de Bocklin, éditions Ségquier. La Violence. Essai sur l'« homo violens » Hatier, 1993.
- **Michel Godet**, Manuel de prospective stratégique. *Tome I*: Une indiscipline intellectuelle. *Tome II*: L'Art et la Méthode, Dunod, 2001. Voir aussi de nombreux articles de presse dont « Éviter la Seine-Saint-Denis de l'Île-de-France », Les Échos, 7/8 septembre 2001.
- **Cesare Lombroso**, La Femme criminelle et la prostituée, 1895, Jerome Millon ed., 1991. « Nous avons dû prouver que la femme est intellectuellement et physiquement un homme arrêté dans son développement. » C'est l'une des conclusions auxquelles parvient Cesare Lombroso au terme de cet ouvrage. Encore ne s'agit-il là que de la femme « normale », ou « honnête », pour reprendre les termes du célèbre fondateur de l'anthropologie criminelle.

Charte du patient hospitalisé

En collaboration avec la Fédération hospitalière de France, Héral édite un livret de huit pages reprenant l'intégralité de cette charte, imprimé en deux couleurs, format 14,8 x 21 cm, pouvant être inséré dans vos livrets d'accueil.

Prix unitaire (commande minimale: 1 000 exemplaires)

le premier mille	0,15 € HT l'unité, soit	0,18 € TTC
le mille suivant	0,13 € HT l'unité soit	0,15 € TTC
Livraison par paquets de 100		

Les 10 principes généraux de la charte devant faire l'objet d'un affichage, Héral édite également une affiche 40 x 60 cm (6,10 € TTC franco l'unité).

Commande à adresser exclusivement à
44, rue Jules-Ferry - 94400 Vitry-sur-Seine Tél. : 01 45 73 69 20 - Fax : 01 46 82 55 15

Jean-François CAILLARD

Service central de médecine du travail, AP-HP

Tous les niveaux d'intensité peuvent être observés, depuis le simple acte d'incivilité, d'impolitesse, de non-respect de règles de fonctionnement d'un service dans un hôpital, jusqu'à l'agression physique, avec ses conséquences lésionnelles, qui peuvent être extrêmes, allant jusqu'à l'homicide. Les violences verbales, insultes ou menaces, sont les plus fréquentes: on en reconnaît aujourd'hui la réalité en tant que facteur d'agression contre les soignants, la nécessité de leur prise en considération, le fait que leurs effets constituent souvent le premier stade d'un processus évolutif qu'il convient de savoir enrayer pour éviter le passage aux stades ultérieurs.

Les victimes

Les victimes appartiennent à toutes les catégories de soignants et de personnels. Les cibles les plus fréquentes sont, à l'évidence, celles représentées par les personnels le plus souvent en contact avec les malades et les personnes les accompagnant ou leur rendant visite: personnels d'accueil administratif, infirmières et aides-soignantes, médecins, internes, étudiants, mais personne n'est *a priori* épargné. Certains soignants, du fait de leur âge, de leur sexe, de leur inexpérience, d'une certaine situation d'isolement, ou parce qu'ils sont détenteurs de fonds, constituent des groupes particulièrement vulnérables.

Données chiffrées

Il n'existe pas de recensement systématique des violences observées en milieu de soin mais seulement des informations globales ou partielles. Parmi les données globales, on peut citer l'enquête européenne sur les conditions de travail réalisée en 1996: 16 % de la population active est exposée à la violence au travail, ce qui amène la Commission européenne à considérer la violence comme un risque professionnel émergent. Ce chiffre est à la fois une sous-estimation de la réalité d'un phénomène reconnu comme en expansion rapide, mais il ne fait pas de

distinction entre les différentes formes de violence observées au cours et sur les lieux du travail. Il est cependant admis que les personnels soignants sont parmi les plus touchés (29 % des accidents dus à la violence selon une étude irlandaise). Aux USA, le secteur de santé est au premier rang pour les violences non létales. En Suède, 51 % des 2380 répondants à une enquête auprès de travailleurs des services médicaux et sociaux des collectivités locales ont déclaré avoir subi des violences ou reçu des menaces au cours de l'année 1999: 67 % une fois de temps en temps ou une ou deux fois par mois, 9 % pratiquement tous les jours.

Agression contre les soignants à l'hôpital

Le **vocabulaire judiciaire** distingue les violences **volontaires**, les violences **involontaires**, et les violences que le sujet exerce **contre lui-même**; ces trois situations sont susceptibles d'être observées en milieu de soins, qu'il s'agisse d'agressions exercées contre des soignants par des **personnes extérieures**, dont on peut rapprocher les détériorations ou prédatations menées contre les outils ou l'environnement de travail (vols ou destruction de matériels, inscriptions, salissures volontaires...), de manifestations violentes perpétrées par des **malades inconscients** de la nature de leur conduite (services abritant des malades psychiatriques) ou de conduites ou menaces de conduites **auto-agressives** qui peuvent être le fait de malades ou de collègues de travail (suicide sur les lieux de travail par exemple).

À l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris en 1998, dans 21 établissements, on a recensé 109 actes de violence ayant touché le personnel non médical dans une proportion de 45 %. À titre indicatif, la même année, le service Sécurité de l'AP-HP a procédé à l'expulsion de 2122 personnes hors de ses murs, et sur les 14000 demandes d'intervention qu'il a reçues, 6300 émanaient des urgences, type de service illustré par le propos suivant: « Il ne se passe pas un jour sans qu'on se fasse insulter ou cracher dessus. On ne peut rien laisser sur notre banane [comptoir d'accueil], même pas une plante, au risque de la prendre sur la figure. »

Typologie des violences subies par les personnels soignants

Il n'existe pas en France d'étude descriptive détaillée des situations d'agressions rencontrées dans les établissements de soins ou dans l'exercice extérieur à ces établissements de la profession de soignants. Les faits divers rapportés dans la presse, les récits des victimes exprimés au cours de séances de *debriefing*, de groupes de parole, d'entretiens médicaux ou dans des rapports d'enquête illustrent la multiplicité des situations qui peuvent être des :

- manifestations d'impolitesse, notamment dans des services d'accueil ou aux bureaux d'entrée à l'hôpital, ou dans les services ; elles peuvent prendre des proportions inquiétantes amenant les personnels à intervenir ; leur répétition est un facteur de stress particulièrement difficile à supporter ;
- insultes, parfois excessivement vio-

lentes, proférées contre des soignants, notamment des femmes, qui sont d'autant plus mal ressenties qu'elles s'adressent à des personnes dont le rôle est de porter assistance ; leur répétition, fréquente dans les services d'urgence ou les services accueillant certaines catégories de populations, est également ressentie comme une cause de souffrance psychique très intense. Elles peuvent emprunter une forme écrite ;- menaces : souvent mêlées aux insultes, elles sortent de l'immédiateté et laissent leur empreinte dans le vécu quotidien du travail et de la vie hors travail. Leur transformation en passage à l'acte, apparemment rare, n'est cependant pas exceptionnelle⁽¹⁾. Elles sont aussi parfois écrites. Une autre forme de menace virtuelle est la présence de bandes qui s'installent dans des parkings ou des sous-sols d'hôpitaux pour y partager alcool ou drogue et parfois se livrer à des violences⁽²⁾ susceptibles d'atteindre le personnel ;
- agressions physiques : elles sont d'intensité variable, allant de la simple pression, du crachat, de la gifle, au coup de poing, à l'envoi d'un projectile, puis à l'attaque au couteau ou à toute autre arme blanche, plus rarement à l'arme à feu. Ces agressions physiques, outre qu'elles peuvent atteindre les soignants dans leur exercice, dans leurs déplacements, sur les parkings, peuvent aussi être dirigées vers les malades : c'est le cas de blessés dans une rixe, traités puis hospitalisés, et que l'adversaire vient « achever » sur leur lit d'hôpital, ou de véritables bagarres rangées consécutives à l'hospitalisation d'un membre de bandes rivales⁽³⁾. Dans de tels cas, les soignants ne sont pas les victimes de ces violences physiques mais, en tant que témoins, ils subissent une forme de violence psychologique intense, à l'origine de véritables traumatismes psychiques, analogues à ceux résultant des insultes ou des menaces ;

Certaines lésions laissent des séquelles esthétiques ou fonctionnelles : leur prise en considération n'appelle pas de commentaire particulier dans la mesure où elles ne sont pas spécifiques de la cause qui les engendre.

lentes, proférées contre des soignants, notamment des femmes, qui sont d'autant plus mal ressenties qu'elles s'adressent à des personnes dont le rôle est de porter assistance ; leur répétition, fréquente dans les services d'urgence ou les services accueillant certaines catégories de populations, est également ressentie comme une cause de souffrance psychique très intense. Elles peuvent emprunter une forme écrite ;

- menaces : souvent mêlées aux insultes, elles sortent de l'immédiateté et laissent leur empreinte dans le vécu quotidien du travail et de la vie hors travail. Leur transformation en passage à l'acte, apparemment rare, n'est cependant pas exceptionnelle⁽¹⁾. Elles sont aussi parfois écrites. Une autre forme de menace virtuelle est la présence de bandes qui s'installent dans des parkings ou des sous-sols d'hôpitaux pour y partager alcool ou drogue et parfois se livrer à des violences⁽²⁾ susceptibles d'atteindre le personnel ;
- agressions physiques : elles sont d'intensité variable, allant de la simple pression, du crachat, de la gifle, au coup de

poing, à l'envoi d'un projectile, puis à l'attaque au couteau ou à toute autre arme blanche, plus rarement à l'arme à feu. Ces agressions physiques, outre qu'elles peuvent atteindre les soignants dans leur exercice, dans leurs déplacements, sur les parkings, peuvent aussi être dirigées vers les malades : c'est le cas de blessés dans une rixe, traités puis hospitalisés, et que l'adversaire vient « achever » sur leur lit d'hôpital, ou de véritables bagarres rangées consécutives à l'hospitalisation d'un membre de bandes rivales⁽³⁾. Dans de tels cas, les soignants ne sont pas les victimes de ces violences physiques mais, en tant que témoins, ils subissent une forme de violence psychologique intense, à l'origine de véritables traumatismes psychiques, analogues à ceux résultant des insultes ou des menaces ;

- agressions, verbales ou physiques, perpétrées par des malades hospitalisés non conscients de leurs actes. Elles sont fréquentes dans les hôpitaux qui accueillent au long cours des personnes âgées (les taux prévalant de démence sont parfois très élevés dans certaines unités), et considérées comme plus « bénins » ; elles peuvent prendre des proportions beaucoup plus sévères dans certaines unités de psychiatrie, notamment celles qui accueillent des malades ayant commis des actes délictueux et jugés irresponsables. Parce qu'elles appartiennent à une sorte de « normalité » de la vie des services, leur perception par les soignants n'est pas la même, mais leur beaucoup plus grande fréquence, les lésions physiques qu'elles entraînent et l'importante contrainte mentale qu'elles exercent sur des personnels souvent déjà fragilisés par la nature même de leur tâche en font un problème à part ;
- auto-agressions enfin, dont les soignants sont témoins et qui peuvent avoir des conséquences analogues à celles obser-

vées chez les témoins de catastrophes, d'attentats ou de crimes, ou qui peuvent prendre des dimensions beaucoup plus dramatiques lorsque, à leur origine, est invoqué un phénomène lié spécifiquement aux conditions de travail.

Conséquences des agressions pour les victimes

Les conséquences physiques des agressions sont variées, de l'absence de lésion visible jusqu'au décès. Certaines lésions laissent des séquelles esthétiques ou fonctionnelles : leur prise en considération n'appelle pas de commentaire particulier dans la mesure où elles ne sont pas spécifiques de la cause qui les engendre.

Il en est tout autrement des conséquences psychologiques qui accompagnent ou sont susceptibles d'accompagner toute agression, qu'elle ait donné lieu à une lésion corporelle ou non.

Sans entrer dans le détail de leurs manifestations, il importe de distinguer :

- ce qui appartient au registre des réactions normalement consécutives à semblable événement : stupeur, colère, incompréhension, ressentiment pouvant aller jusqu'au désir de réparation ou de vengeance, et qui ne donnera pas de séquelle, à moins que les événements se répètent ou que le terrain de la victime soit favorable à la décompensation d'un état psychopathologique sous-jacent ;
- ce qui va constituer les éléments d'une transformation de la personne agressée en véritable victime psychique, sujette à des phénomènes pathologiques susceptibles de n'apparaître que secondairement, éventuellement après un temps de latence relativement long, et d'évolution lente, de pronostic incertain, d'autant meilleur qu'une prise en charge précoce est instituée. On peut alors individualiser, sans qu'il soit forcément aisé pour le thérapeute de les distinguer les éléments d'un état de stress aigu ou d'un état de stress posttraumatique.

Dans les deux cas, un certain nombre de mesures sont à mettre en œuvre au bénéfice des victimes (qui peuvent n'avoir été que des témoins) de l'événement, qui visent à le reconnaître en tant que tel, à en prévoir une éventuelle réparation médico-légale, et surtout à prévenir le passage à un état pathologique durable. Ces mesures

impliquent un certain nombre d'acteurs internes à l'établissement où s'est produit l'événement (direction, échelon hiérarchique, psychologue, psychiatre, collègues de travail...) et externe (médecin traitant, services de police et/ou de justice, Sécurité sociale...) parmi lesquels le médecin du travail, situé, selon la taille de l'établissement, en interne ou en externe (service interentreprises).

Il faut également considérer les conséquences pour les établissements : outre les dégradations de matériels et des locaux, l'agression elle-même, le phénomène de la montée de la violence à l'hôpital, l'appropriation des locaux par des individus au comportement potentiellement violent sont des attaques directes portées au système hospitalier dans son ensemble. Les effets sur l'établissement, en tant que collectivité de travail et partie du système de distribution des soins, doivent être envisagés et analysés sur le long terme.

La prise en charge des victimes

La question des violences subies par le personnel soignant est, en tout état de cause, une question de santé au travail et, comme telle, doit entrer dans une démarche de gestion des risques faisant appel aux différentes approches de la prévention primaire, secondaire et tertiaire, lesquelles s'articulent différemment dans le temps :

- Très en amont, c'est l'évaluation du risque et l'action sur le milieu de travail dans une perspective de prévention des agressions elles-mêmes.
- Au moment ou dans les suites immédiates de l'événement : c'est la (participation à la) prise en charge de la victime.
- Ultérieurement, c'est, selon les cas, un suivi régulier de façon à prévenir toute rechute d'un syndrome postagression, voire la conduite d'une véritable action de réinsertion d'un personnel fragilisé réintégrant un milieu dont il faut contribuer à diminuer le niveau de risque.

Une circulaire ⁽⁴⁾ résulte du protocole d'accord du 14 mars 2000 ; elle prévoit en outre des mesures financières pour aider à la mise en œuvre des recommandations qu'elle formule.

La prise en charge des victimes ressort à la fois de la prévention secondaire et ter-

tiaire. Sans que l'on puisse encore prétendre être dans une situation de consensus quant à un modèle unique de prise en charge, un certain nombre de conduites ont été systématisées.

Reconnaître immédiatement...

... l'événement au sein des établissements où il survient.

- Reconnaissance du fait par un membre de l'encadrement administratif et/ou médical, visant à attester de l'attention portée à la victime, à éviter la banalisation et l'isolement de celle-ci en démontrant que derrière la personne, c'est l'ensemble de l'institution hospitalière qui est agressée.

- Reconnaissance médico-administrative sous la forme d'une déclaration d'accident du travail (pouvant éventuellement prendre la forme d'une déclaration sur le cahier d'infirmier). Il s'agit d'appliquer une circulaire de la Caisse nationale d'assurance maladie visant à prendre en charge les traumatismes psychologiques et plus généralement le stress posttraumatique subi par les salariés victimes d'agression au temps et au lieu de travail, et, par extension, dans les établissements de soin public, de faire bénéficier les fonctionnaires du même principe de reconnaissance (accident contracté en service). Lorsqu'il est aisément accessible, le service d'urgences médico-judiciaire peut être amené à intervenir, habituellement à la demande des autorités de police pour évaluer le taux d'incapacité totale de travail (ITT). Le service de médecine de contrôle, dans la fonction publique jouera également un rôle dans l'évaluation du dommage.

Dans certains cas (agressions sexuelles par exemple), il peut y avoir refus de la victime de déclarer un accident de travail, notamment pour des raisons de confidentialité. Il y a lieu alors d'adopter une conduite sensible, tenant compte de l'état de l'agent sous le coup de l'agression et de sa capacité à prendre les meilleures décisions, et du rapport bénéfice/inconvénient d'une telle attitude.

Assurer une prise en charge...

... aussi immédiate que possible par une structure médico-psychologique adaptée. Cette prise en charge individuelle, assimilable à un soin d'urgence, peut être associée dans le même temps ou dans

un second temps, ce qui est préférable, dans un délai d'environ 72 heures, à un *debriefing*, individuel et/ou collectif (pouvant inclure les collègues de l'équipe qui n'étaient pas forcément présents au moment de l'agression) de l'événement. La consultation précoce vise à faire s'exprimer l'événement par la victime, soulageant d'autant l'angoisse. Dès ce stade, une prescription de médicament psychotrope peut être nécessaire (faite par un psychiatre). Le *debriefing* a davantage pour objectif d'éviter la survenue de manifestations secondaires, et donc d'une prise en charge à plus long terme qui peut cependant s'avérer nécessaire. La structure adaptée peut être composée du médecin ou de l'infirmière du travail (qui ont le plus de chance d'être présent au moment ou très rapidement après l'agression), d'une psychologue, d'un psychiatre ; une formation spécialisée en victimologie est nécessaire. Le recours à l'un ou l'autre de ces professionnels est fonction de la nature de l'agression, de la réceptivité de la victime, des premiers éléments de pronostic, et de la nature de la structure de prise en charge.

Toute victime doit être informée de l'utilité et de la possibilité d'une telle prise en charge.

Il est également essentiel, sans préjudice de la déclaration d'accident de travail, qui constitue une dérogation légale au secret professionnel du médecin, de veiller aussi au respect des règles de confidentialité et de protection des victimes, à l'indépendance technique des structures de prise en charge, au respect du libre choix de la personne agressées de s'adresser à celles de son choix lorsque, pour des raisons diverses (option personnelle de la victime, nature de l'offre de soin, interne ou externe à l'établissement...), cette question se pose.

Veiller au suivi de la victime...

... et, si nécessaire, à la continuité de cette prise en charge individuelle, tout en s'assurant, auprès du collectif de travail, de conditions adéquates de la reprise du travail.

Ce sera le rôle du médecin du travail, témoignant ainsi de sa participation au soin, ou du médecin traitant, ou de tout autre intervenant *a priori* impliqué dans la prise en charge.

Cas particulier...

... des agressions itératives subies dans des milieux de soins particuliers (services de psychiatrie, de soins de longue durée).

La répétition des manifestations d'agressivité des malades et leur quasi-inscription dans la « normalité » du travail en font en effet une situation à part. S'il peut être question, dans certains cas, de traiter la violence subie comme un événement accidentel, donc relativement unique dans une unité de temps donnée, ce type de démarche risque de trouver rapidement ses limites.

La souffrance des personnels n'en est pas pour autant moins réelle, et l'accumulation des manifestations d'agressivité peut avoir des effets délétères extrêmement marqués, aboutissant à des syndromes psychopathologiques qu'il importe tout autant que les premiers de prendre en charge, et de reconnaître, cette fois-ci non pas systématiquement en accident de travail mais au titre des maladies professionnelles. Ceci est possible dans le régime général d'Assurance Maladie, si le taux d'incapacité est égal au moins à 66 %, par le recours aux comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles ; pour les fonctionnaires, la reconnaissance au titre des maladies contractées en service paraît, dans l'état actuel des choses, plus problématique ; cette situation devrait être amenée à évoluer dans l'avenir.

Protection juridique des victimes

La loi 83634 du 13 juillet 1983 prévoit

dans son article 11 que la collectivité publique dont ils dépendent doit assurer aux fonctionnaires et agents publics non titulaires une protection. Cette protection s'applique entre autres aux menaces et violences dont ces agents peuvent être victimes à l'occasion de leurs fonctions. Il est prévu que l'établissement puisse saisir le procureur de la République ou se constituer partie civile devant la juridiction pénale. Si l'agent désire lui-même déposer une plainte et se constituer partie civile, il est aussi prévu qu'il doit bénéficier du remboursement des honoraires et des frais de procédure.

Il faudra, pour chacun de ces items, se garder de toute systématisation rigide de la prise en charge. Le cas d'agents qui ne souhaitent pas de prise en charge médico-psychologique mais qui estiment nécessaire une reconnaissance de l'événement, prélude à la mise en place d'un soutien de l'établissement en cas de poursuites judiciaires, doit être pris en considération si l'on estime que cette décision est bien prise en toute connaissance de cause.

Prévention des violences subies par les personnels

Ce doit être la préoccupation principale des organisations hospitalières, et c'est, de toute évidence, la plus complexe.

Paradoxalement, l'hôpital est un milieu favorable à l'agressivité parce que la relation y est basée sur la notion de service et de relation de confiance mutuelle entre le soignant et le soigné, parce que c'est un lieu ouvert à l'écart des systèmes de répression ou de contrôle social, parce qu'il attire des personnes en situation de fragilité. Il ne peut que subir les effets de l'évolution de la société et sa marge de manœuvre pour accroître la protection de son personnel est obligatoirement limitée. Un certain nombre de pistes sont cependant possibles, pistes qu'il appartient au médecin du travail, en charge de la prévention de toute altération de la santé du fait du travail, comme à l'ensemble des acteurs concernés, de tenter d'ouvrir et de suivre, dans le cadre de sa fonction de conseil, même s'il n'a pas l'exclusivité de celle-ci.

Tenter d'évaluer le risque

Organiser un recueil permanent des cas identifiés et compléter ce travail de routine

par des analyses de type « arbre des causes » a un double intérêt : faire connaître cette réalité sombre de la vie hospitalière et susciter une prise de conscience de l'ensemble des acteurs ; apporter des informations objectives sur les déterminants des agressions et de leurs effets, qui constitueront autant d'objectifs d'action de prévention. Une approche économique, favorisée par la reconnaissance médico-légale, et donc par la fixation d'un coût d'indemnisation qui s'ajoute à celui des réparations de dégâts matériels, peut avoir un intérêt stratégique.

Deux approches à prendre en considération

La première approche vise à limiter autant qu'il est possible les phénomènes susceptibles de provoquer ou de favoriser des comportements agressifs : améliorer les conditions d'accueil des malades dans les services d'urgences, en jouant sur l'architecture, la signalisation, en créant des fonctions de liaison et de renseignement des malades et de leurs accompagnants ; jouer sur l'organisation du travail et l'amélioration de ses conditions dans les services de soin particulièrement exposés, toutes mesures qu'on ne peut pas dissocier de la question des effectifs disponibles ; développer, en liaison avec les services spécialisés de lutte contre la malveillance, des dispositifs matériels et humains de contrôle et de dissuasion, sans perdre de vue le fait qu'hôpital veut dire aussi « hospitalité » ; contribuer à accroître la répression pénale à l'encontre des agresseurs quant il s'agit de personnels soignants.

La seconde approche a pour but de développer, dans le personnel, des capacités de résistance. La formation doit jouer là un rôle essentiel. Comprendre la genèse des comportements agressifs pour apprendre à négocier les situations de violence, savoir y répondre, au besoin en faisant appel à des techniques corporelles ; développer la solidarité entre les soignants et leurs échelons hiérarchiques ; diffuser une culture visant à rendre l'hôpital intolérant à l'insupportable agression de ses personnels, tout comme devrait le devenir la société dans son ensemble, s'agissant d'atteintes à l'intégrité de catégories de personnels chargés de la protéger.

notes

(1) *Pouvant aller par exemple jusqu'à l'assassinat de médecins depuis longtemps menacés, cf. affaire Geneviève Paquier, 1993.*

(2) *Viol d'une adolescente, hôpital Delafontaine à Saint-Denis le 2 mai 1999, cité par Le Figaro.*

(3) *Hôpital Saint-Louis, 26 mars 1999, cité par Le Figaro.*

(4) *Dhos/P1/2000 n° 609 du 15 décembre 2000 relative à la prévention et à l'accompagnement des situations de violence, d'application immédiate.*