

**CONCOURS INTERNE ET EXTERNE OUVERTS LES 8 ET 9 JUIN 2023
POUR L'ACCES AU CYCLE DE FORMATION DES ELEVES DIRECTEURS DES SOINS**

Jeudi 8 juin 2023

1^{ère} épreuve d'admissibilité

Durée 5 heures - coefficient 4

Rédaction d'une note de synthèse

SUJET :

« En votre qualité de directeur des soins, votre chef d'établissement vous demande de rédiger une note de synthèse relative à la prévention et à la lutte contre les violences envers les soignants. Il s'appuiera sur cette note pour présenter le sujet aux instances concernées. »

IMPORTANT :

Dès la remise des sujets, les candidats sont priés de vérifier le nombre de pages et la numérotation : 52 pages + 2 (sujet et sommaire).

SOMMAIRE

Document 1 : (pages 1 à 5)

CIRCULAIRE N° DHOS/P1/2000/609 du 15 décembre 2000 relative à la prévention et à l'accompagnement des situations de violence. (5 pages).

Document 2 : (pages 6 à 20)

15 programmes d'amélioration des pratiques- prévention des violences en hospitalisation psychiatrique- extrait du guide HAS du 22 novembre 2016. (15 pages).

Document 3 : (pages 21 à 25)

La maltraitance des étudiants à l'hôpital- article de la Revue Soins de septembre 2017. (5 pages).

Document 4 : (pages 26 à 27)

La vidéosurveillance renforcée dans les hôpitaux pour lutter contre l'incivilité - article du Huffington Post du 16/05/2018. (2 pages).

Document 5 : (pages 28 à 39)

Observatoire National des Violences en milieu de Santé- Synthèse du rapport 2022. (12 pages).

Document 6 : (pages 40 à 41)

Résultats 2021 de l'Observatoire de la sécurité des médecins- Publication du Conseil National de l'Ordre des Médecins du 26 juillet 2022. (2 pages).

Document 7 : (pages 42 à 44)

La violence et l'agressivité ont « un impact catastrophique » sur le personnel hospitalier. Article Le Monde 30/08/2022. (3 pages).

Document 8 : (pages 45 à 46)

Memento de la DGOS sur la protection pénale spécifique des personnels de santé 18/11/2022. (2 pages).

Document 9 : (pages 47 à 52)

Résultats de l'enquête prendre soin des professionnels de santé. Avis du Comité Ethique de la FHF janvier 2023. (6 pages).

**MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET
DE LA SOLIDARITE**

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION
ET DE L'ORGANISATION DES SOINS

Sous-direction des professions paramédicales
Et des personnels hospitaliers
Bureau de la Politique des Ressources Humaines
et de la Réglementation Générale
des personnels hospitaliers (P1)

Paris, le

La ministre de l'emploi et de la solidarité
La secrétaire d'Etat à la santé et aux handicapés

à
Mesdames et Messieurs les directeurs
des agences régionales de l'hospitalisation
(Pour mise en oeuvre)

Madame et Messieurs les préfets de région
Directions régionales des affaires
sanitaires et sociales
(Pour information)

Mesdames et Messieurs les préfets
de département
Directions Départementales des affaires
sanitaires et sociales
(Pour information)

CIRCULAIRE N° DHOS/P1/2000/609 du 15 décembre 2000 relative à la prévention et a
l'accompagnement des situations de violence.

Date d'application : immédiate

NOR : MESH0030568C (non paru au journal officiel)

Grille de classement : SP 3 332 ; Renvoi à SP 3 31

Résumé : Prévention et accompagnement des situations de violence
Etablissements concernés : Etablissements de santé financés par dotation globale
Mots-clés : - Prévention des situations de violence - Protection réglementaire des agents - CHSCT - Dialogue social - Accompagnement des victimes - Comité de suivi du protocole
Textes de référence : Protocole d'accord national du 14 mars 2000
Textes abrogés ou modifiés :

Annexes :**Annexe 1 : Répartition des crédits par région**

Le protocole d'accord en date du 14 mars 2000, prévoit une dotation de 100 MF pour financer les projets de prévention et d'accompagnement des situations de violence dans les établissements de santé financés par dotation globale.

D) RAPPEL DES MESURES LEGISLATIVES ASSURANT LA PROTECTION DUE AUX AGENTS PAR L'EMPLOYEUR

En premier lieu il est indispensable de réaliser une large information concernant la réglementation auprès de tous les acteurs hospitaliers (cadres, représentants des personnels, médecine du travail, CHSCT, CTE, CME), afin qu'ils puissent utiliser les dispositions juridiques existantes en cas d'agression.

Aux termes de l'article 11 de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires ceux-ci, ainsi que les agents publics non titulaires, bénéficient à l'occasion de leurs fonctions, d'une protection organisée par la collectivité publique dont ils dépendent.

Cette protection **fonctionnelle** – elle n'intervient que dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice des fonctions – revêt trois aspects :

- La couverture des condamnations civiles prononcées contre les agents pour faute de service (art. 11 alinéa 2).
- La protection contre les menaces et les violences de toute nature dont les agents peuvent être victimes et la réparation, le cas échéant, des préjudices qui en découlent (art. 11 alinéa 3).
- La protection des agents en cas de poursuites pénales pour des faits ne revêtant pas le caractère d'une faute personnelle (art. 11 alinéa 4).

1-1 La couverture des condamnations civiles

Lorsqu'un agent (fonctionnaire ou non titulaire) a été poursuivi par un tiers pour faute de service et que le conflit d'attribution n'a pas été élevé, l'établissement (en l'occurrence et concrètement le directeur) doit, dans la mesure où une faute personnelle détachable de l'exercice de ses fonctions n'est pas imputable à cet agent, le couvrir des condamnations civiles prononcées contre lui.

En conséquence, les chefs d'établissement rappelleront à leurs agents qu'ils doivent les tenir informés de toute citation ou assignation qui leur serait délivrée pour des faits intervenus pendant le service ou à l'occasion de celui-ci.

1-2 La protection contre les menaces et violences

Toute collectivité publique est tenue de protéger ses agents contre les menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou outrages dont ils peuvent être victimes à l'occasion de leurs fonctions et de réparer, le cas échéant, le préjudice qui en est résulté. Les Chefs d'établissement veilleront à sensibiliser et impliquer les cadres de leur établissement à la politique mise en œuvre pour protéger les agents contre les menaces et les violences.

Le champ de la protection s'avère extrêmement large. Il peut s'agir de violences physiques ou bien de violences verbales ou écrites ou encore des dommages aux biens.

Les modalités pratiques sont les suivantes :

En cas de dommages matériels, l'indemnisation peut être immédiate (sur pièces justificatives) sans qu'il soit nécessaire d'identifier au préalable le ou les auteurs des faits.

Surtout, l'établissement dispose de la possibilité d'agir lui-même directement soit en saisissant le procureur de la république, soit par voie de constitution de partie civile devant la juridiction pénale. C'est la voie qu'il convient de privilégier dans la plupart des cas. Elle répond au souci parfois constaté chez l'agent de ne pas apparaître dans la procédure.

En tout état de cause, si l'agent entend déposer lui-même une plainte et se constituer partie civile pour obtenir des juridictions répressives l'indemnisation de ses préjudices personnels, il doit bénéficier du remboursement des honoraires et des frais de procédure résultant de son action.

1-3 La protection en cas de poursuites pénales

Si, et bien sûr seulement si, les faits à l'origine de poursuites pénales à l'encontre d'un agent ne sont pas constitutifs, ou du moins ne sont pas estimés au départ constitutifs, d'une faute personnelle, la collectivité prend à sa charge les honoraires et les frais de procédure quitte à se retourner contre son agent à l'issue du procès si le jugement établit, au contraire, le caractère strictement personnel de la faute.

A ces dispositions juridiques, permettant aux établissements de protéger ses fonctionnaires contre les menaces et les violences, doit s'ajouter le dispositif ci-après qui vise à mettre en œuvre des actions concrètes et précises en matière de politique de lutte contre la violence en milieu hospitalier.

II) la prévention et l'accompagnement des situations de violence en milieu hospitalier

2-1 Les mesures susceptibles d'être financées dans le cadre du protocole

Les travaux préparatoires menés avec des hospitaliers permettent d'identifier quatre domaines principaux, mentionnés à titre indicatif :

- **Les formations à la conduite de projet, ou visant à renforcer les compétences des agents** en matière de prévention des phénomènes de violence. Elles doivent s'adresser à l'ensemble des personnels concernés.
- **Les mesures d'amélioration de l'accueil** visant à diminuer l'agressivité. Elles doivent pouvoir s'intégrer dans le cadre de la politique de la qualité et des relations avec les usagers. A ce titre, elles font partie intégrante de la préparation à l'accréditation et devront comporter des objectifs précis ainsi que des indicateurs de suivi adaptés.
- **La mise en place d'équipements de sécurité**, lorsque le diagnostic le justifie.
- **Le renforcement des personnels d'accueil et de sécurité** pour exercer les missions permanentes d'accueil et de sécurité.

De façon complémentaire, les établissements pourront s'appuyer sur les mesures mises en place par la politique de la ville. Les projets innovants ayant pour objectif de créer du lien social avec le service public, dans le cadre de la prévention des situations de violence, seront particulièrement soutenus.

2 -2 L'élaboration du projet

Le projet visant à prévenir et à accompagner les situations de violence devra être élaboré en large concertation avec les partenaires sociaux.

Un diagnostic devra être réalisé dans l'établissement, en lien avec le CHSCT et la médecine du travail, les responsables de l'accueil et de la sécurité. Ce travail préalable à l'élaboration d'un projet pourra faire l'objet, en tant que de besoin, d'un accompagnement méthodologique d'intervenants externes.

Les mesures proposées devront être en cohérence avec les orientations locales de la politique de la ville.

Le projet devra prendre en compte les grandes catégories ou formes de violence en distinguant :

- a) **les violences dues à des facteurs exogènes** telles que : violence des personnes extérieures à l'établissement vis à vis des biens et des personnes, violence des usagers ou de leurs accompagnants vis à vis des personnels.
- b) **les violences dues à des facteurs endogènes** telles que : violence des personnels vis à vis des usagers, violence institutionnelle, violence des usagers entre eux, violence des personnels entre eux.

Il sera soumis pour avis au CHSCT, puis à toutes les instances de l'établissement. La délibération du CA sur le projet accompagne la demande officielle de financement de l'établissement auprès de l'ARH.

III) modalités et calendrier d'instruction des projets

Les projets seront instruits par l'Agence régionale de l'hospitalisation qui prend la décision d'octroi des crédits.

3-1 Les critères de sélection

Seront prioritairement financés les projets répondant aux critères suivants :

- Qualité du diagnostic.
- Qualité de l'articulation entre le projet et la politique de ressources humaines de l'établissement. En effet le projet doit être une composante du projet social.
- Cohérence du projet de formation.
- Qualité et pertinence des actions d'amélioration de l'accueil.
- Mise en place d'un recensement ou signalement systématique des actes de violence.
- Cohérence et innovation dans l'approche des problèmes de sécurité en lien avec la politique de la ville du ressort territorial de l'établissement.

3-2 Calendrier de la mise en œuvre

Un appel à projets est lancé auprès des établissements selon le calendrier suivant :

- les établissements élaborent leur projet sur la base de la présente instruction jusqu'à la fin du mois de février 2001.
- **28 février 2001** : date limite de réception des projets par les Agences régionales de l'hospitalisation. Les établissements connaissant des situations spécifiques peuvent déposer un projet auprès des ARH avant cette date et recevoir une réponse de principe et de financement.
- Les notifications seront effectuées avant **le 30 avril 2001**.
- Selon le résultat de ce premier appel à projets, un appel complémentaire pourra être effectué au second semestre 2001.

IV) conduite générale de la politique relative à la prévention et à l'accompagnement des situations de violence

4-1 Au niveau régional

Un groupe de travail peut être utilement mis en place auprès de l'agence régionale de l'hospitalisation afin de faciliter l'échange d'expériences concernant les politiques de prévention et d'accompagnement, et leur

évaluation dans la durée. Il pourra contribuer à l'évaluation et à la sélection des projets.

Les DDASS sont particulièrement impliquées dans les contrats locaux de sécurité en raison de leur expérience et de leur connaissance spécifique des phénomènes de violence, dans le cadre notamment de la politique de la ville. A ce titre, elles veilleront particulièrement à l'articulation entre les projets d'établissement et la déclinaison locale de la politique de la ville.

Les ARH et la DHOS procéderont à la collecte d'indicateurs statistiques.

4-2 Au niveau national

La Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins continuera de s'appuyer sur le comité d'experts mis en place en novembre 1999, comité auquel ont été intégrés des représentants des organisations syndicales. Ce comité contribuera au suivi et à l'évaluation de l'ensemble de l'opération.

Nous tenons à attirer tout particulièrement votre attention sur l'importance que le gouvernement attache à la mise en œuvre de cette politique de prévention et d'accompagnement des situations de violence dans les établissements de santé.

La ministre de l'emploi et de la solidarité

Elisabeth GUIGOU

La Secrétaire d'Etat à la santé
et aux handicapés

Dominique GILLOT

15 programmes d'amélioration des pratiques

VIOLENCE EN HOSPITALISATION PSYCHIATRIQUE

Les fondamentaux

Programmes transversaux

P 1

Appréhender la réalité des phénomènes de violence dans les services d'hospitalisation en psychiatrie

P 15

Actualiser et renforcer les connaissances et les compétences fondamentales des professionnels

P 10

Mettre en place, en continu, une gestion des risques

Prévention initiale

P 2

Évaluer de manière pluriprofessionnelle le patient à l'accueil et en cours d'hospitalisation

P 3

Impliquer le patient dans sa prise en charge
Améliorer l'accueil du patient

P 4

Accueillir la famille et l'entourage

P 5

Améliorer la collecte des données sur le patient et le circuit de l'information

P 12

Organiser et promouvoir la prévention de la violence au niveau de l'établissement

P 11

Construire une dynamique d'équipe

Prévention secondaire

P 6

Prévenir et gérer la crise

P 7

Reprendre un incident avec les patients

P 8

Reprendre un incident en équipe

P 9

Gérer les suites d'un incident au niveau institutionnel

P 13

Promouvoir les droits des patients, les démarches éthiques et de bienveillance

P 14

Prévenir et prendre en charge les situations de violence en hospitalisation de longue durée

Appréhender la réalité des phénomènes de violence dans les services d'hospitalisation en psychiatrie

P1

Finalité	<p>Connaître l'état des lieux des phénomènes de violence dans les services d'hospitalisation en psychiatrie afin de contribuer à :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ la prévention de la stigmatisation des patients ; ▪ l'atténuation des effets négatifs des situations de violence sur le fonctionnement des équipes.
Objectifs opérationnels	<p>Connaître les caractéristiques des épisodes de violence dans les services d'hospitalisation en psychiatrie : quelle fréquence ? Quels types de violences, dans quels contextes et situations, pour quels patients ?</p>
Cible	<p>Les équipes de soins et la gouvernance de l'établissement.</p>
Références	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La violence à l'hôpital [dossier]. Rev Inf 2010;(165):17-30. ▪ Estryn-Behar M, Duville N, Menini ML, Camerino D, Le Foll S, Le Nézet O, et al. Facteurs liés aux épisodes violents dans les soins. Presse Méd 2007;36. ▪ Haute Autorité de Santé. Dangers de la violence hétéroagressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur. Audition publique. Rapport d'orientation. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2011. ▪ Haute Autorité de Santé. Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie. Note bibliographique. ▪ Inspection générale des affaires sociales. Analyse d'accidents en psychiatrie et propositions pour les éviter. Paris: IGAS; 2011. ▪ Institute of Psychiatry, Bowers L, Stewart D, Papadopoulos C, Dack C, Ross J, et al. Inpatient violence and aggression: a literature review. Report from the Conflict and Containment Reduction Research Programme. London: King's College; 2011. ▪ Monceau M, Fustier P, Trobert A. Violences à l'hôpital [dossier]. Santé Mentale 1999;(42):16-51. ▪ Morasz L. Comprendre la violence en psychiatrie - Approche clinique et thérapeutique. Paris: DUNOD; 2002. ▪ Observatoire national des violences en milieu de santé, Direction générale de l'offre des soins. Rapport annuel 2014 Observatoire national des violences en milieu de santé. Rapport 2014 sur les données 2013. Paris : ministère des Affaires sociales et de la Santé ; 2014.
Outils	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lectures collectives en équipe et échanges sur les différentes données.
Méthodes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Déclaration et analyse collective des incidents violents et des mesures de contention et d'isolement, au niveau institutionnel et au sein des équipes [observatoire de la violence, revue de mortalité et de morbidité (RMM) et comité de retour d'expérience (CREX) spécifiques, etc.]
Organisation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Démarches d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP).
Suivi, évaluations à distance	<p>Tests de connaissances à distance.</p>

Évaluer de manière pluriprofessionnelle le patient à l'accueil et en cours d'hospitalisation

P 2

Finalité	<ul style="list-style-type: none">▪ Connaître le patient et reconnaître sa maladie en privilégiant une lecture clinique de son histoire.▪ Assurer la continuité des soins et éviter des ruptures de prise en charge en repérant les séquences thérapeutiques antérieures.▪ Prévenir la stigmatisation en s'appuyant sur une évaluation clinique globale pour bien connaître le patient et son parcours.
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none">▪ Évaluer le patient d'un point de vue clinique dans une approche pluriprofessionnelle, en prenant en compte les différents points de vue (patient, famille et proches, soignants) :<ul style="list-style-type: none">• reconstitution de l'histoire clinique et des prises en charge successives ;• évaluation de l'état actuel ;• repérage des facteurs de risque individuels, notamment des risques de violence, et lorsque cela est pertinent, mettre en œuvre une démarche d'évaluation clinique de ce risque en y associant le patient : signes précurseurs, circonstances déclenchantes, facteurs de protection, etc. ;• recherche d'une pathologie organique par un examen clinique complet ;• prise en compte de la douleur somatique ;• prise en compte des antécédents (ATCD) et des risques somatiques, notamment dans l'éventualité d'un traitement psychotrope, d'une contention, d'un isolement.▪ Actualiser l'évaluation du patient en cours de séjour.▪ Cibler les informations pour les synthétiser et permettre une traçabilité et une transmission efficaces.
Cible	L'équipe de soins.
Références	<ul style="list-style-type: none">▪ Collège national des universitaires en psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, Amad A, Camus V, Geoffroy PA, Thomas P. Référentiel de psychiatrie. Psychiatrie de l'adulte. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Addictologie. L'Officiel ECN. Paris: PUF; 2014.▪ Gravier B, Lustenberger Y. L'évaluation du risque de comportements violents : le point sur la question. Ann Méd Psychol 2005;163(8):668-80.▪ Fédération française de psychiatrie. Conseil national professionnel de psychiatrie. Recommandation de bonne pratique en psychiatrie : Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique. Paris: FFP; 2015.▪ Haute Autorité de Santé. Dangers de la violence hétéroagressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur. Audition publique. Rapport d'orientation. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2011.▪ Haute Autorité de Santé. Comportements perturbateurs chez les personnes ayant des lésions cérébrales acquises avant l'âge de 2 ans : prévention et prise en charge. 2014.▪ Haute Autorité de Santé. Manuel de certification des établissements de santé V2010. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014. Référence 12 La prise en charge de la douleur, critère 16a Dispositif d'accueil du patient, critère 17a Evaluation initiale et continue de l'état de santé du patient et projet de soins personnalisé, critère 17b Prise en charge somatique des patients, critère 18a Continuité et coordination de la prise en charge des patients.▪ National Institute for Mental Health in England. Violence and aggression: short-term management in mental health and community settings. NICE guideline. London: NICE; 2015.▪ Voyer M, Millaud F, Dubreucq JL, Senon JL. Clinique et prédiction de la violence en psychiatrie. Encycl Med Chir Psychiatrie 2012;37-510-A-20.

Évaluer de manière pluriprofessionnelle le patient à l'accueil et en cours d'hospitalisation (suite)

P 2

Outils

- Outil 1 - Projet thérapeutique individualisé.

Méthodes

- Outil 2 - Recueil de données sur le parcours du patient.

Organisation

- Outil 4 - L'information au service du parcours du patient : contenu, circuits, supports.
- Production de *check list* pour collecter les informations : auprès de qui et quoi, avec quels supports ?
- Référents identifiés parmi l'équipe du service psychiatrique d'hospitalisation.
- Réévaluations programmées et tracées.

Suivi, évaluations à distance

- Audits de dossiers : vérifier la présence, le bon remplissage et le circuit des documents annexés au dossier ainsi que du dossier globalement

Impliquer le patient dans sa prise en charge Améliorer l'accueil du patient

P 3

Finalité	<ul style="list-style-type: none">▪ Renforcer la place et le rôle du patient dans sa prise en charge ; lui permettre le plus possible d'être acteur de sa trajectoire. Faciliter l'alliance thérapeutique.▪ Connaître le patient, reconnaître sa maladie et la souffrance qui en découle, prévenir la stigmatisation.
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none">▪ Savoir communiquer avec le patient pour reconstituer avec lui son histoire, évaluer son état actuel, repérer avec lui les éventuels facteurs de risque individuels de violence, des signes précurseurs, des circonstances déclenchantes, les facteurs de protection et ses ressources.▪ Construire et mettre en œuvre avec le patient un projet thérapeutique individualisé, complété si besoin par un plan de prévention construit avec lui.▪ Informer et expliquer au patient ne pouvant consentir aux soins le projet thérapeutique et les modalités de prise en charge.▪ Se présenter, expliquer le fonctionnement du service et de l'établissement.▪ Accueillir le patient avec bienveillance quels que soient son mode d'hospitalisation et les troubles qu'il présente. Présenter et expliquer au patient le quotidien, les activités disponibles, les activités thérapeutiques ; suivre et tracer avec lui ses participations.▪ S'assurer de la prise en charge de l'entourage si besoin, des enfants, des parents âgés, sans oublier les animaux... en cas d'hospitalisation du patient.▪ Reconnaître et gérer ses propres représentations et ses émotions face au patient.
Cible	L'équipe de soins.
Références	<ul style="list-style-type: none">▪ Haute Autorité de Santé. Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi. Mise au point ... organisation des parcours. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2015.▪ Haute Autorité de Santé. Patient et professionnels de santé... décider ensemble. Concept, aides destinées aux patients et impact de la « décision médicale partagée ». Saint-Denis La Plaine: HAS; 2013.▪ Haute Autorité de Santé. Promotion de la bientraitance. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2013.▪ Haute Autorité de Santé. Manuel de certification des établissements de santé V2010. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014. Critère 10a Information du patient sur son état de santé et les soins proposés. critère 11b Consentement et participation du patient, critère 19d Hospitalisation sans consentement, critère 23a Éducation thérapeutique du patient.▪ Registered Nurses' Association of Ontario. Promoting safety: alternative approaches to the use of restraints. Clinical best practice guidelines. Toronto: RNAO; 2012.
Outils	<ul style="list-style-type: none">▪ Outil 1 - Projet thérapeutique individualisé.
Méthodes	<ul style="list-style-type: none">▪ Outil 3 - Plan de prévention partagé... une démarche travaillée avec le patient.
Organisation	<ul style="list-style-type: none">▪ Outil 14 - Renforcement des connaissances et des compétences. Échanges de pratiques et simulation en santé.▪ Programmes d'éducation thérapeutique.▪ Jeux de rôles, mises en situation pour améliorer la communication.

Impliquer le patient dans sa prise en charge Améliorer l'accueil du patient (suite)

P3

- Suivi, évaluations
- Mises en situation et jeux de rôles.
- à distance
- Analyse des événements indésirables – analyse de cas. Analyse des réhospitalisations.
- Questionnaires de satisfaction.
- Audit de processus. Patient traceur.

Accueillir la famille et l'entourage

P4

Finalité	<p>Créer un lien de confiance avec la famille et les proches, lorsqu'ils sont présents.</p> <p>Avec l'accord du patient :</p> <ul style="list-style-type: none">▪ s'efforcer de construire une alliance avec la famille ;▪ dialoguer avec la famille et les proches, y compris la fratrie, autour de la mise en place du parcours de soins, en particulier la sortie.
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none">▪ Formaliser l'accueil de la famille et de l'entourage, et l'adapter aux différentes situations.▪ Prendre en compte le point de vue de la famille et des proches.▪ Avec l'accord du patient, associer les familles et les proches (aidants) au projet thérapeutique individualisé en prenant en compte les besoins du patient, avec en perspective la sortie d'hospitalisation et la prise en charge au-delà.▪ Présenter et expliquer le fonctionnement du service et de l'établissement, pour permettre une familiarisation avec l'institution.▪ Présenter les associations de familles et de patients ainsi que les groupes d'entraide mutuelle (GEM).▪ Informer sur les structures de soins d'aval possibles, y compris ambulatoires.
Cible	L'équipe de soins.
Références	<ul style="list-style-type: none">▪ Collectif interassociatif sur la santé. Usagers du système de santé : connaissez & faites valoir vos droits. I Guide destiné aux usagers et à leur entourage. Paris: Le CISS; 2013.▪ Haute Autorité de Santé. Annonce d'un dommage associé aux soins. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2011.▪ Haute Autorité de Santé. Manuel de certification des établissements de santé V2010. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014. Critère 10d Accueil et accompagnement de l'entourage.▪ Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychique.
Outils	<ul style="list-style-type: none">▪ Outil 2... Recueil de données sur le parcours du patient.
Méthodes	<ul style="list-style-type: none">▪ Production de documents en équipe :• Guide interne sur l'accueil de la famille et/ou des proches (procédures/protocoles/questionnaires...)• Qui fait quoi, avec quels outils ?• Quelles règles/limites juridiques ?
Organisation	<ul style="list-style-type: none">▪ Appropriation par des mises en situation et des jeux de rôles▪ Référent désigné parmi l'équipe de l'unité d'hospitalisation▪ Vidéo sur le fonctionnement type d'un service psychiatrique▪ Livret d'accueil avec une version famille, donné à la famille et explicité▪ Visite guidée des lieux à organiser, en fonction des souhaits du patient et de sa famille/son entourage▪ Présentation du site Internet de l'établissement▪ Entretien d'accueil avec la famille, avec l'accord du patient, par deux professionnels quand c'est possible (dont un professionnel senior)▪ Programmes d'éducation thérapeutique pour les familles

Accueillir la famille et l'entourage (suite)

P4

Suivi, évaluations à distance

- Mises en situation, étude de cas.
- Enquêtes de satisfaction.
- Audits de la mise en œuvre des outils.
- Évaluation des programmes d'éducation thérapeutique.

Améliorer la collecte des données sur le patient et le circuit de l'information

Finalité	<ul style="list-style-type: none">▪ Mettre l'information au service du parcours du patient pour assurer la continuité des soins, prévenir des événements indésirables et éviter des ruptures de prises en charge, en veillant au respect de la confidentialité et en prévenant toute stigmatisation.▪ Améliorer la gestion des risques par une information structurée auprès de l'institution.
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none">▪ Améliorer la collecte des données cliniques relatives à chaque patient pour que les informations soient les plus complètes et les plus utiles possible.▪ Associer l'ensemble des acteurs concernés pour recueillir l'information et tracer le parcours du patient, dans le respect de ses droits.▪ Tracer le parcours du patient, préparer l'évaluation initiale en précisant s'il y a lieu les informations relatives au risque de comportement violent.▪ Formaliser et gérer le circuit des informations concernant le patient.▪ Gérer la transmission de l'information à tous les niveaux :<ul style="list-style-type: none">• en respectant les règles juridiques, notamment les règles de la confidentialité ;• en prenant en compte les logiciels disponibles et accessibles ;• en prenant en compte les objectifs d'amélioration proposés par la certification des établissements de santé et les indicateurs nationaux.
Cible	Les équipes de soins et la gouvernance de l'établissement.
Références	<ul style="list-style-type: none">▪ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.▪ Loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge (1).▪ Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. Article L.1110-4 du Code de la santé publique. Modifié par la loi n° 2011-940 du 10 août 2011 - art. 2.▪ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.▪ Décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels de santé en application des articles L. 1111-7 et L. 1112-1 du Code de la santé publique.▪ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.▪ Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée.▪ Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, Fédération hospitalière de France. Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité. 24 et 25 novembre 2004. Paris (ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille). <u>Conférence de consensus</u>. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2004.▪ Collectif interassociatif sur la santé. Usagers du système de santé : connaissez & faites valoir vos droits ! <u>Guide destiné aux usagers et à leur entourage</u>. Paris: Le CISS; 2013.▪ Haute Autorité de Santé. Manuel de certification des établissements de santé V2010. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014. Référence 5 Le système d'information, référence 14 Le dossier du patient, référence 15 L'identification du patient.▪ Service public fédéral, Santé publique sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, Verhaeghe S, Lauwaert K, Filion N, Cailliet O, et al. Prévenir et gérer la violence en psychiatrie. Bruxelles: SPF; 2011.

Améliorer la collecte des données sur le patient et le circuit de l'information (suite)

P5

Outils

- Outil 4 - L'information au service du parcours du patient : contenu, circuits, supports.

Méthodes

- Connaissances juridiques sur la confidentialité, le secret et les règles de des informations. Formation des professionnels initiale et continue à l'utilisation du dossier de patient informatisé.

Organisation

- Outil de recueil standardisé, par exemple *Staff Observation Aggression Scale Revised (SOAS-R)*.

Suivi, évaluations

Audits de dossiers : vérifier la présence, le bon remplissage et le circuit des documents annexés au dossier ainsi que du dossier globalement.

à distance

Prévenir et gérer la crise

P6

Finalité

- Éviter l'escalade vers la violence, désamorcer les situations à risque de violence.
- Gérer la crise.
- Privilégier une approche clinique dans le respect des libertés individuelles et avec la perspective de maintenir et/ou restaurer à distance de la crise la relation thérapeutique avec le patient, par une écoute et une présence soignantes.

Objectifs opérationnels

- Repérer et suivre les signes précurseurs et les circonstances de déclenchement.
- Donner au patient des moyens pour surmonter son anxiété et son agressivité et s'appuyer sur ses ressources pour désamorcer la crise.
- Aménager l'espace pour permettre au patient de s'apaiser.
- Aider l'équipe à définir ses priorités dans la gestion de son temps pour rester attentive aux signaux du patient.
- Savoir analyser la situation, identifier le risque et ajuster ses réponses de façon proportionnée, pour sécuriser la situation.
- Apporter les réponses les plus adaptées pour le patient, les autres patients et les soignants, en cas de crise.
- Savoir mobiliser l'ensemble des ressources internes de l'équipe et anticiper l'éventuelle intervention de l'équipe de renforts soignants et sa place dans une stratégie d'équipe.
- Préparer la situation d'intervention sur le mode « comment on va faire si... ».
- Organiser la coordination avec l'ensemble de l'équipe, avec le médecin et si besoin l'équipe de renforts.
- Anticiper les conditions de l'administration d'un traitement médicamenteux.
- Savoir indiquer et formaliser l'utilisation de la chimiothérapie et les mesures de contention/d'isolement afin d'assurer à tout moment le respect des droits fondamentaux et des droits des patients
- Maintenir la continuité d'un lien verbal avec le patient : avant, pendant, après la crise.

Cible

L'équipe de soins.

Références

- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.
- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie. Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Paris: ANAES; 1998. (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé 1998 5502).
- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée. Paris: ANAES; 2000.
- Department of Health of Western Australia. Guidelines: the management of disturbed/violent behaviour in inpatient psychiatric settings. Perth: DOH; 2006.
- Fédération hospitalière de France. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité. Conférence de consensus. 24 et 25 novembre 2004, Paris (ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille). Texte des recommandations. Paris: ANAES; 2004.
- Haute Autorité de Santé. Manuel de certification des établissements de santé V2010. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014. Critère 10e Respect des libertés individuelles et gestion des mesures de restriction de liberté.

Prévenir et gérer la crise (suite)

P6

Références

- New York State Office of Mental Health. Comfort Rooms. A Preventative Tool Used to Reduce the Use of Restraint and Seclusion in Facilities that Serve Individuals With Mental Illness. New York: OMH; 2009.
- National Institute for Mental Health in England. Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings. NICE guideline. London: NICE; 2015.
- Safewards. Talk down. London: Safewards; 2015.

Outils

Méthodes

Organisations

- Outil 5 - Stratégies de désamorçage de situations à risque de violence.
- Outil 6 - Mise en place d'espaces d'apaisement.
- Outil 7 - Appel à renforts.
- Outil 14 - Renforcement des connaissances et des compétences. Échanges de pratiques et simulation en santé.
- Existence de procédures : administration de psychotropes en urgence, contention, mise en chambre d'isolement.

Suivi, évaluations à distance

- Analyse de cas, analyse d'événements indésirables.
- Suivi et analyse des mesures d'isolement et de contention.

Reprendre un incident avec les patients

P7

Finalité

- Maintenir ou restaurer à distance de la crise les relations thérapeutiques avec les patients.
- Prévenir la récurrence des incidents violents.
- Permettre au patient ayant eu un moment de violence de comprendre, d'anticiper et de prévenir ces moments. Prévenir le stress post-traumatique chez les patients victimes et témoins.

Objectifs opérationnels

- Mettre en place le suivi psychiatrique des patients victimes, témoins ou auteurs d'un acte de violence.
- Améliorer, en collaboration avec le patient auteur d'un acte de violence, l'identification des facteurs et des signes précurseurs des moments de violence et comprendre avec lui les facteurs et les éléments de résolution de la crise (ce qui l'a apaisé, ce qui a pu renforcer la crise).

Cible

Les professionnels de l'équipe appelés à mener des entretiens individuels avec les patients.

Références

- Cano N, Boyer L, Garnier C, Michel A, Belzeaux R, Chabannes JM, et al. L'isolement en psychiatrie : point de vue des patients et perspectives éthiques. L'Encephale 2011;37(Suppl 1):S4-S10.
- Haute Autorité de Santé. Annonce d'un dommage associé aux soins. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2011.
- Haute Autorité de Santé. Manuel de certification des établissements de santé V2010. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014. Critère 10e Respect des libertés individuelles et gestion des mesures de restriction de liberté, critère 11c Information du patient en cas de dommage lié aux soins.
- National Association of State Mental Health Program Directors. Six core strategies for reducing seclusion and restraint Use®. Alexandria: NASMHPD; 2006.
- Registered Nurses' Association of Ontario. Promoting safety: alternative approaches to the use of restraints. Clinical best practice guidelines. Toronto: RNAO; 2012.
- Shea S-C, Terra JL, Séguin M. La conduite de l'entretien psychiatrique. L'art de la compréhension. Paris: Elsevier Masson; 2005.

Outils

- Outil 8 - Prise en charge d'un patient après un état d'agitation.

Méthodes

- Entretiens avec les patients victimes ou témoins dans le cadre du suivi psychiatrique.

Organisations

- Réunions soignants-soignés.

Suivi, évaluations à distance

- Enquête auprès des professionnels.
- Enquête auprès des patients.
- Suivi et analyse des actes de violence.
- Suivi et analyse des mesures d'isolement et de contention.

Reprendre un incident en équipe

P8

Finalité	Après un incident violent en service d'hospitalisation en psychiatrie : restaurer ou maintenir les relations thérapeutiques avec les patients, rétablir la cohésion d'équipe et améliorer les pratiques et les organisations.
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none">▪ Analyser en équipe sur un plan clinique et recontextualiser les comportements des patients.▪ Créer les conditions favorables à la poursuite des soins.▪ Reconnaître et gérer ses émotions face à une situation de violence.▪ Analyser en équipe les incidents violents pour améliorer les pratiques et les organisations.
Cible	L'équipe de soins.
Références	<ul style="list-style-type: none">▪ Haute Autorité de Santé. Annonce d'un dommage associé aux soins. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2011.▪ Haute Autorité de Santé. Programme d'amélioration continue du travail en équipe. (PACTE). Debriefing. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2016.▪ Te Pou o Te Whakaaro Nui. Debriefing following seclusion and restraint. A summary of relevant literature. Auckland: National Centre of Mental Health Research, Information and Workforce Development; 2014.
Outils	<ul style="list-style-type: none">▪ Outil 9 - Réunion d'équipe post-incident.
Méthodes	
Organisations	
Suivi, évaluations à distance	<ul style="list-style-type: none">▪ Enquête auprès des professionnels (ressenti sur l'utilité des réunions post-incident).▪ Revue de mortalité et de morbidité (RMM).

Gérer les suites d'un incident au niveau institutionnel

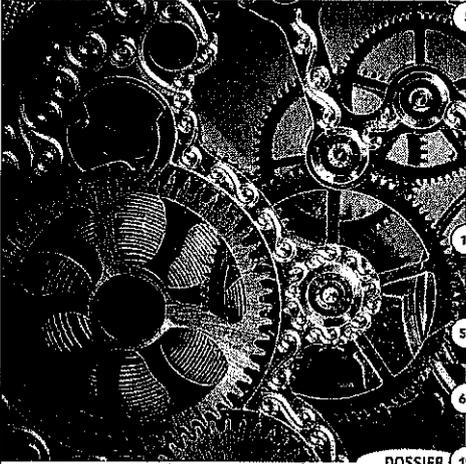
Finalité	Accompagner et protéger les victimes (patients, professionnels de l'établissement ou tiers) en cas d'incident violent. Créer la dynamique d'une réponse institutionnelle en cas d'incident violent.
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none">Formaliser les différentes étapes de la gestion post-incident.Connaître les circuits, les étapes et les modalités de l'information, identifier les acteurs internes et externes (y compris le Parquet, l'agence régionale de santé [ARS], etc.).Reconnaître l'agression, soutenir les victimes, manifester de la sollicitude.Connaître les obligations déontologiques et légales, les recours, et savoir gérer les responsabilités.Informar la victime, patient, professionnel de l'établissement ou tiers, sur ses droits et ses voies de recours.Selon le cas, recevoir et informer l'entourage.Si besoin, organiser la mise en place d'un suivi psychologique.
Cible	Encadrement soignant et administratif (direction).
Références	<ul style="list-style-type: none">Circulaire DHOS/P1 n° 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.Circulaire DHOS/P1/2006/609 du 15 décembre 2006 relative à la prévention et à l'accompagnement des situations de violenceFédération hospitalière de France, Observatoire national des violences en milieu de santé, Direction générale de l'offre de soins, <u>Fiches réflexes sur la conduite à tenir dans les situations de violence en établissements publics, sanitaire et médico-social</u>, Paris: DGOS; 2012.Haute Autorité de Santé, Manuel de certification des établissements de santé V2010, Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014. Critère 8e gestion de crise, critère 8f Gestion des événements indésirables.Service public fédéral, Santé publique sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, Verhaeghe S, Lauwaert K, Filion N, Cailliet O, et al. <u>Prévenir et gérer la violence en psychiatrie</u>. Bruxelles: SPF; 2011.Outil 10 - Gérer les suites d'un incident au niveau institutionnel.Elaboration, diffusion et évaluation d'une procédure post-incident.
Outils	
Méthodes	
Organisations	
Suivi, évaluations à distance	Comité de retour d'expérience (CREX), évaluation de la mise en place d'une procédure post-incident.

LA REVUE DE RÉFÉRENCE INFIRMIÈRE

SOINS

N° 818
revue mensuelle
Septembre 2017
520 pages - 6,50 €

<http://www.emmebooks.com/revue-soins>



5 Actu soins

- Entretien avec Annette Kennedy, présidente du Conseil International des infirmières
- Actualités en hygiène hospitalière
- Dix vaccins obligatoires en 2018 ?
- L'accès aux soins insuffisant pour les femmes en situation de précarité

13 Savoirs et pratiques

- Utéro de la jambe, index de pression systolique et rôle de l'infirmière

56 Philosophie à l'hôpital

- La maltraitance des étudiants à l'hôpital

61 En filigrane

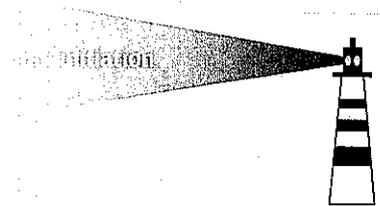
- Gestion d'une situation de grande ampleur

DOSSIER 19

La déontologie infirmière

1996





LA PHILOSOPHIE À L'HÔPITAL

- La fonction soignante en partage
- Agir avec compassion, penser un soin (en) commun
- Quelle place pour la vieillesse dans notre société ?
- La maltraitance des étudiants à l'hôpital

La maltraitance des étudiants à l'hôpital

■ Les étudiants en santé sont malmenés et maltraités à l'hôpital : humiliations, brimades et harcèlement de toutes sortes sont quotidiens, dans un univers concurrentiel fort et un environnement de travail difficile ■ Il est temps que la politique managériale des établissements de santé se préoccupe du facteur humain et prenne en considération le bien-être des salariés et des étudiants.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés – burn out ; hôpital ; maltraitance ; soin ; souffrance

Mistreatment of students in hospitals. Health care students are abused and mistreated in hospital: humiliation, harassment and bullying of all sorts are daily occurrences, in a highly competitive universe and difficult working environment. It is time for the managerial policy of hospitals to consider the human factor and the well-being of employees and students.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords – burn out; care; hospital; mistreatment; suffering

VALÉRIE AUSLENDER^a
Médecin généraliste

CYNTHIA FLEURY^{b,*}
Enseignant-chercheur, titulaire
de la Chaire de philosophie
Hôtel-Dieu

^aSciences Po Paris, pôle Santé,
13, rue de l'Université
75007 Paris, France

^bHôtel-Dieu, 1, place du Parvis-
de-Notre-Dame, 75004 Paris,
France

L'univers médical ressemble à beaucoup d'autres environnements dans lesquels la performance et l'ultra-concurrence sont présentes : le milieu sportif de haute compétition, le secteur humanitaire, le domaine politique, le milieu universitaire, ou militaire, etc. Il y existe un même type de harcèlement moral et sexuel, quantité de processus institutionnels de déconsidération des individus, d'abus par des personnes hiérarchiquement supérieures, de situations de non-solidarité des pairs. À la différence près que le milieu médical est censé être celui du "soin", et que la contradiction y semble donc plus grande encore.

À la suite d'un appel à témoins lancé en août 2015 [1], 130 étudiants des hôpitaux français ont décidé de briser le silence des violences présentes dans les couloirs des établissements de soins. Certes, l'enquête s'est révélée très qualitative, et le quantitatif déployé ici ne peut valoir comme preuve incontestable.

Il n'empêche, il fait écho à de nombreuses enquêtes nationales sur le sujet ; quant à la singularité, la précision des dénonciations de maltraitements morales et physiques, le malaise constant ambiant que ces témoignages évoquent, ils ne peuvent laisser indifférents, et même, relèvent d'un dispositif de type "lanceurs d'alerte". Des étudiants en médecine, en soins infirmiers, aides-soignants, sages-femmes, kinésithérapeutes et pharmaciens sont encore trop victimes de maltraitements de la part de leurs hiérarchies, et tous décrivent une atmosphère violente, où leur évolution en tant que professionnels de santé est proprement antinomique avec cet état de fait.

Les enquêtes montrent des étudiants, notamment lors de leurs stages à l'hôpital, aux prises avec des situations profondément alarmantes, tant elles témoignent de harcèlement moral, de violences physiques, parfois d'agressions sexuelles, d'humiliations

quotidiennes, de négation des droits fondamentaux.

LE HARCÈLEMENT MORAL

■ En première ligne, le harcèlement moral occupe une place prépondérante durant la période d'apprentissage. Selon une enquête nationale réalisée auprès de 1 472 étudiants en médecine, 40 % d'entre eux se disent être confrontés personnellement à des pressions psychologiques durant leurs études [2]. Pour une étudiante en médecine ayant témoigné dans l'ouvrage Omerta à l'hôpital, « la maltraitance ordinaire des étudiants fait partie du package des études à l'hôpital » [1]. En février 2015, la Fédération nationale des étudiants en soins infirmiers (Fnesi) publiait un rapport sans précédent qui pointait directement la responsabilité des soignants formateurs : 85,4 % des 3 486 étudiants en soins infirmiers interrogés considéraient que la formation était vécue

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail :
cynthiafleuryperkins@gmail.com
(C. Fleury).



Les enquêtes montrent des étudiants aux prises avec des situations de maltraitance profondément alarmantes.

comme violente dans la relation avec les équipes encadrantes en stage, avec comme type de violences décrites : défaut d'encadrement, jugement de valeur, difficultés d'intégration, rejet de la part de l'encadrement et harcèlement [3].

■ **Tous les marqueurs de la violence psychologique** émanent de ces récits inédits. L'intimidation, le dénigrement, la calomnie, la dépersonnalisation, la discrimination et la mésestime de l'autre sont banalisés et utilisés comme techniques de manipulation des émotions de ces individus, considérés par leurs responsables hiérarchiques comme "fragiles".

LA BANALISATION DU SEXISME, DU RACISME ET DE L'HOMOPHOBIE

■ **Le racisme, l'homophobie, les insultes répétées sont devenus le quotidien** de certains de ces futurs soignants. Ainsi, 50 % des étudiants en médecine

se disent être confrontés personnellement à des violences sexistes durant leurs études [2]. Les témoins dénoncent notamment des agressions sexuelles subies et impunies, ou des faits de maltraitements sur des patients comme des touchers vaginaux imposés et non consentis sur des patientes endormies : « *Nous sommes cinq pioupious à suivre un jeune chef brushingué, témoigne un interne* : "Place aux travaux pratiques. Tous à la "queue leu leu" pour votre premier toucher vaginal." *Devant nous est endormie une jeune femme hospitalisée pour une interruption volontaire de grossesse (IVG). Voilà. Aujourd'hui je n'ai rien appris, mais bientôt je serai un monstre. Bientôt, j'aurai violé une femme, une femme hospitalisée pour une IVG. Et je la connais la définition du viol. [...] J'esquisse un geste de résistance, je pense à Hannah Arendt. Bordel !*" "Non, Monsieur, je n'ai pas envie", *osais-je à peine bredouiller*. "Bah quoi ?", *me répond Brushing*. "T'as jamais touché

une femme ? T'es PD ou quoi ?" *C'est dur de résister. De rester un peu humain. [...] Voilà. On se dégoûte. On se dégoûtera toute sa vie. Pas encore externe, déjà cassé, déjà criminel. Prêt à être médecin.* » [4]

■ **D'autres signalent la mise au ban et l'indifférence de leurs pairs**, couplée à leur mépris ou à leur condescendance, dans des mises en spectacle de ces brimades et humiliations, faites souvent devant les patients.

LA SOUFFRANCE ÉTHIQUE FACE À LA MALTRAITANCE INSTITUTIONNELLE

■ **La toute-puissance de certains professionnels dans un climat extrêmement hiérarchisé** et l'absence de contre-pouvoir pour les étudiants, obligent certains à accepter l'inacceptable pour se voir valider un stage ou obtenir un diplôme. Certains se voient remettre des rapports de stage qui ruinent toute perspective

RÉFÉRENCES

- [1] Auslender V. Omerta à l'hôpital : Le livre noir des maltraitances faites aux étudiants en santé. Paris: Éditions Michalon; 2017.
- [2] Lazimi G, Duguët A, Auslender V et al. Les violences faites aux femmes : enquête nationale auprès des étudiants en médecine. Revue Médecine. 2014;83-8.
- [3] Fédération nationale des étudiants en soins infirmiers. "Je veux que ma voix compte" : Réformons la gouvernance des instituts de formation paramédicaux. Enquête nationale. Février 2015. <http://fnesi.org/wp-content/uploads/2017/02/DP-Je-veux-que-ma-voix-compte.pdf>
- [4] Auslender V. Omerta à l'hôpital : Le livre noir des maltraitances faites aux étudiants en santé. Paris: Éditions Michalon; 2017. p. 199-200.
- [5] Goffman E. Asiles : Études sur la condition sociale des malades mentaux. Paris: Éditions de Minuit; 1968.
- [6] Dejours C. Souffrance en France : La banalisation de l'injustice sociale. Paris: Seuil; 1998.
- [7] Conseil national de l'Ordre des médecins. Enquête nationale sur la santé des étudiants et jeunes médecins. Juin 2016. http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/sante_et_jeunes_medecins.pdf
- [8] Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Suicide : état des lieux des connaissances et perspectives. Premier rapport de l'Observatoire national du suicide. Paris: La Documentation française; 2014. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/144000730/index.shtml>
- [9] Trontin C, Lassagne M, Boini S, Rinal S. Le coût du stress professionnel en France en 2007. Paris: Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS); 2008. <http://www.inrs.fr/risques/stress/consequences-entreprise.html>

professionnelle. Ce sont là des formes d'autorisation de dévalorisation d'autrui graves, portant atteinte à la dignité de la personne et à la perception qu'elle a d'elle-même. Ces étudiants "formatés", qui tenteront d'aller jusqu'au bout de leur formation, ne seront pas forcément les meilleurs ou les plus doués, mais les moins sensibles et les plus clivés. Ils seront ceux qui supportent des « profanations de leurs personnalités » [5] et qui, pour la plupart, auront tendance à reproduire les mêmes dysfonctionnements, les ayant adoués par leur silence ou leur lâcheté. Cette maltraitance institutionnelle crée alors des personnalités sous tutelle, qui obéiront et reproduiront par la suite les vilenies subies.

■ **Alors qu'ils ne sont pas plus fragiles que d'autres, les "pris pour cibles" de cette maltraitance ordinaire** sont les mêmes qui ne souhaitent pas trahir leur éthique professionnelle, préférant plutôt dénoncer les dysfonctionnements du système résultant des nouvelles organisations managériales de l'hôpital, et notamment en mettant en lumière les actes réalisés par les soignants qu'ils réprovent moralement, à l'origine de ce que le psychiatre et psychanalyste Christophe Dejours appelle la « souffrance éthique » [6]. Les professionnels de santé tentent alors de refouler cette souffrance par des stratégies de défense individuelles (comme le déni de perception de la souffrance, que leur pratique dégradée du soin inflige aux malades) ou par des stratégies collectives (par exemple, en usant de plaisanteries vulgaires ou obscènes à l'égard des malades ou des étudiants, afin de resserrer la cohésion du personnel), pour éviter de sombrer dans une dépression. Celui qui

viendra réveiller cette souffrance éthique refoulée deviendra "l'ennemi" du soignant en perte de sens, et sera pris pour cible. On prendra alors pour "excuse" une prétendue incompétence de "l'étudiant qui dérange" pour justifier les violences qui lui sont infligées, les accusations d'incompétence permettant alors de disqualifier la personne qui a déjoué ce système pervers de harcèlement moral.

LE BURN OUT DES ÉTUDIANTS

■ **Sous une chape de plomb du silence devenue mortifère**, les étudiants victimes de ces brimades voient leur confiance et leur estime d'eux-mêmes s'amenuiser progressivement et ne s'en sortent pas indemnes. « *La boule au ventre* » semble être l'expression qui revient le plus souvent dans les témoignages et donne le ton du vécu des témoins [1]. Aucune conséquence somatique ou psychique n'est spécifique, mais toutes laissent des cicatrices aux étudiants traumatisés. Stress, crises d'angoisse, boulimie, anorexie, vomissements, insomnies, dépression, somatisation extrême... Les témoins n'hésitent pas à relater les conséquences dramatiques de ces maltraitances sur leur santé, allant même jusqu'à pousser certains au suicide. En juin 2016, 14 % des étudiants en médecine déclaraient avoir déjà eu des idées suicidaires, selon la récente enquête du Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom), réalisée auprès de 7 858 étudiants en médecine et jeunes médecins [7] ; 12 % des étudiants en soins infirmiers peuvent témoigner de cas de suicides dans leur institut de formation

en soins infirmiers (Ifsi) et 7 % ont pensé à mettre fin à leurs jours durant leur formation [3]. La loi du silence de ces violences régnant dans les services hospitaliers, le manque de soutien et de recours des étudiants victimes, leur profonde solitude et l'absence de contre-pouvoir pourraient expliquer ces taux élevés de suicide.

■ **Selon l'Observatoire national du suicide (ONS), le secteur de la santé et de l'action sociale** présente le taux de mortalité par suicide le plus élevé (34,3 pour 100 000) en France [8]. Ce constat témoigne d'une réelle souffrance des professionnels de santé, pour la plupart aussi formateurs des étudiants, et eux-mêmes victimes du management pervers et hiérarchisé de l'institution hospitalière, les contraignant à être interchangeable et polyvalents.

LE COÛT SANITAIRE ET ÉCONOMIQUE DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX

■ **Outre les conséquences dramatiques sur leur santé**, les étudiants victimes de maltraitances confient l'impact non négligeable de ces violences sur la qualité des soins envers leurs patients, pouvant parfois les mener à des erreurs médicales ou dégrader leur relation avec les patients.

■ **Ce culte de l'humiliation et la banalisation de ces violences** témoignent d'un climat institutionnel maltraitant, discriminant, contre-productif et sous-performant, impactant directement la rentabilité et la productivité de l'entreprise-hôpital. En France, le coût annuel du stress professionnel est évalué à deux ou trois milliards d'euros [9], équivalent à environ 20 % des dépenses

de la branche accidents du travail/maladies professionnelles de la Sécurité sociale. Ces coûts seraient largement sous-estimés, car ils ne tiendraient pas compte des effets collatéraux sur l'individu, comme la perte de bien-être ou l'apparition d'une mélancolie engendrée par le stress.

Pour Gérard Valléry et Sylvain Leduc, professeurs en psychologie du travail, d'autres coûts indirects relatifs aux facteurs psychologiques et sociaux du travail sont à considérer, par exemple, le désengagement et le désinvestissement au travail du salarié « *pouvant réduire la productivité de près de 33 %* » [10,11]. Le secteur de la santé est le plus concerné par l'absentéisme : 37,2 % de salariés sont absents dans l'année, avec pour principales causes décrites le rythme de travail, la charge physique et émotionnelle de l'exercice du métier et la difficulté de le concilier avec la vie privée [12].

LE TOURNANT GESTIONNAIRE DE L'HÔPITAL

L'organisation du travail, ces dernières décennies, a multiplié le phénomène de décompensation chez les travailleurs, et plus encore chez ceux issus du milieu du soin. La dégradation des rapports entre santé mentale et travail a été constatée à partir des années 1980, avec une aggravation très sensible à partir des années 2005-2010, rappelle notamment Christophe Dejours. « *Mais il a fallu beaucoup de temps pour identifier ce qui, de l'évolution de l'organisation du travail, est spécifiquement en cause dans cette aggravation, à savoir : le tournant gestionnaire. Par cette expression on désigne une mutation*

profonde de l'organisation. Jusqu'à la fin du XX^e siècle, l'organisation du travail était l'apanage des ingénieurs [qui] ont été chassés par les gestionnaires. [...] les gestionnaires n'ont aucune connaissance dans le domaine des sciences du travail [...] Ils entendent gouverner sur la base des seules données quantitatives supposément à même de dire la vérité du travail sans devoir en passer par l'analyse des formes concrètes de l'activité des salariés. » [1]

UN UNIVERS TRÈS CONCURRENTIEL

■ **La structure hospitalière est très différenciée en termes de statuts**, alors que les fonctions des uns et des autres sont beau-

très fort devrait au contraire susciter de fortes solidarités, mais il n'en est rien tant les problèmes statutaires, l'hyperconcurrency et la performance sont présents.

■ **Les témoignages [1] sont assez éloquentes au sujet de cette maltraitance** : déconsidération des subalternes, humiliation devant les patients et les pairs. Ensuite, il est clair que le travail demandé aux internes ou aux infirmiers est particulièrement dur en termes d'horaires et de présence physique, ce qui rend les situations plus "épidermiques". Néanmoins, c'est un univers où la plus-value de "sens" ne protège pas les étudiants. À l'inverse, elle fragilise tant la déception est grande face aux manquements, très

fréquents, de leurs référents. Dans un tel univers de qualité, observer que ces dysfonctionnements se maintiennent, voire se renforcent, est déstabilisant pour la plupart d'entre eux. L'attente des étudiants dans un univers moins "signifiant" et moins "qualitatif" est, semble-t-il, moins grande, et donc l'investissement des étudiants sans doute moindre, ce qui, paradoxalement, les protège.

■ **Se préoccuper du facteur humain dans la politique managériale des hôpitaux**, prendre en considération le bien-être des salariés et des étudiants, est un impératif que le gouvernement doit placer en priorité dans sa politique de santé. Enfin, la dénonciation de ces violences par les victimes doit devenir systématique pour montrer leur banalisation et leur scandale. ■

L'hôpital étant un environnement

existentiel très fort, il devrait

susciter de fortes solidarités,

mais il n'en est rien tant

les problèmes statutaires,

l'hyperconcurrency

et la performance sont présents

coup plus poreuses. Cela crée un fort sentiment de discrimination, tant les uns sont considérés alors que les autres sont mésestimés, alors même qu'ils sont non seulement complémentaires, mais parfois très connexes en termes de compétences. C'est un milieu concurrentiel fort, soumis à une rationalisation instrumentale depuis quelques décennies, mais cela n'a rien de spécifique. C'est un milieu où la mythologie élitiste est encore très forte et permet de faire "avaler" toutes sortes d'humiliations et de déconsidération. Le fait que cet univers soit un environnement existentiel

RÉFÉRENCES

- [10] Valléry G, Leduc S. Les risques psychosociaux. Paris: PUF, 2014.
 [11] Chouanière D, INRS. Stress et risques psychosociaux : concepts et prévention : Dossier médico-technique. Documents pour le médecin du travail. 2006;106.
 [12] Malakoff Médéric. Analyse annuelle des données d'absentéisme maladie issues du portefeuille des entreprises clientes de Malakoff Médéric, 2015. <http://www.malakoffmederic.com/groupe/media/presse-actualites/espace-presse/malakoff-mederic-decrypte-l-absentisme-en-entrepre.htm>

*Déclaration de liens d'intérêts
 Les auteurs déclarent
 ne pas avoir de liens
 d'intérêts.*

Actualités

16/05/2018 08:47

La vidéosurveillance renforcée dans les hôpitaux pour lutter contre l'incivilité

Le patron de l'AP-HP Martin Hirsch souhaite "passer à la vitesse supérieure sur la vidéosurveillance" pour en finir avec la violence à l'hôpital.

Par Claire Digiacomì



AFP

HÔPITAUX - Le directeur général de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) souhaite que l'hôpital soit à la fois un "lieu ouvert" et un "lieu sûr". Martin Hirsch a annoncé, dans une interview publiée dans *Le Parisien* mardi 15 mai, qu'il y aurait "40% de caméras supplémentaires, soit plus de 1500 au total, installées dans "la plupart" des hôpitaux parisiens d'ici trois ans. Un investissement de 30 millions d'euros, "l'équivalent d'un petit bâtiment".

L'incivilité, la violence et les tensions sont le lot quotidien des soignants à l'hôpital. Ces conditions ont également des effets négatifs sur les patients.

6 mois de prison et 7500 euros d'amende

Le patron de l'AP-HP annonce par ailleurs que les "affiches contre les incivilités", indiquant par exemple qu'une injure envers un professionnel de santé est passible de 6 mois d'emprisonnement et 7500 euros d'amende, seront "multipliées". "Mais nous travaillons également sur notre propre comportement et sur un meilleur accueil du malade et de sa famille", ajoute-t-il.

"Les moyens techniques doivent rejoindre les moyens humains", abonde Antoine Roch, chef des urgences de l'hôpital Nord à Marseille, interrogé par *Le Parisien*. Il a fait entrer des jeunes médiateurs dans la salle d'attente de son service. "On ne peut pas le chiffrer scientifiquement, mais on sent une amélioration. Ils informent sur l'attente, désamorcent les conflits, préviennent les tensions. Cela sert à tout le monde, les patients comme les soignants, que les situations de conflits rendent plus vulnérables", estime-t-il.



**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE LA PRÉVENTION**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**Direction générale
de l'offre de soins**

**Synthèse
du Rapport 2022
Données 2020 et 2021**



**OBSERVATOIRE NATIONAL
DES VIOLENCES
EN MILIEU DE SANTÉ**

Vincent TERRENOIR
Commissaire général de police
Délégué pour la sécurité générale

Claude BARAT
Gestionnaire ONVS

Christine MASSABUAU
Chargée d'études statistiques
Bureau SR5
Données de pilotage et aide à la décision

Hugo SCHILL
Stagiaire, étudiant en santé publique, master 2

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

Rapport en ligne sur
<https://social-sante.gouv.fr/dgos-onvs-rapports-annuels>

SOMMAIRE

SYNTHÈSE DU RAPPORT	3
■ Un contexte de crise sanitaire	3
■ Principales données chiffrées pour 2020 et 2021	5
■ Conclusion	11
■ Échelle de gravité des signalements de l'ONVS	12

SYNTHÈSE DU RAPPORT

■ Un contexte de crise sanitaire

Le Rapport 2022 de l'Observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS) traite des violences commises en 2020 et en 2021 en raison du contexte particulier de la crise sanitaire laquelle a eu un fort impact sur le fonctionnement des établissements sur ces deux années, rendant logique une analyse commune, sans comparaison possible avec les autres années.

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

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

La spécificité de l'Observatoire est effectivement de prendre en compte l'ensemble des violences commises dans un cadre relationnel entre toute personne fréquentant un établissement ou y résidant et pas uniquement les « violences externes ». Les violences peuvent être dues à tel ou tel ressenti, comportement, pathologie, trouble cognitif, etc. L'intérêt de ce rapport, entre autres, est d'analyser l'ensemble de ces manifestations, les auteurs, les causes et les conséquences. Il propose en conclusion un ensemble de mesures que chaque établissement peut s'approprier en fonction des violences qu'il peut rencontrer.

Il convient de prendre avec précaution les données brutes : le nombre de signalements ne reflète pas forcément la dangerosité d'un lieu de soin, mais le nombre de fois où les professionnels ont tenu à signaler les faits.

Un fait de violence intervient la plupart du temps dans le cadre de relations complexes entre un individu et son environnement. La qualification même d'acte violent auprès de l'ONVS (elle n'a d'ailleurs pas de valeur juridique) varie d'un individu à l'autre : un état d'agitation d'un patient très fragile (personne angoissée, désorientée, délirante) est bien souvent perçu de façon très différente par les « témoins » de l'événement (professionnels de santé, autres patients, accompagnants).

Le monde de la santé n'échappe pas à un fait de société qui touche en réalité toute profession rendant un service à nos concitoyens et que les professionnels de santé traduisent souvent en des termes qui leurs sont typiques : « *Intolérance à la frustration +++* ». Cette « *frustration* » se traduit par une réaction plus ou moins violente à une contrariété que la personne ne peut pas supporter.

Cette réaction est aggravée dans le domaine de la santé lorsque le patient est sous l'emprise manifeste de l'alcool, de médicaments, de produits stupéfiants, rendant particulièrement difficiles la protection et la sécurité du soignant, sans compter l'impact psychologique, facteur de sentiment d'insécurité, sur les témoins (autres personnels, patients, accompagnants, etc.).

Toutefois, ce ne sont pas que des personnes aux comportements délinquants ou dans un état second qui sont auteurs de ces violences, mais aussi n'importe quel citoyen, parfois inquiet, anxieux ou souffrant. D'une façon générale, les relations entre les soignants et les patients et/ou leurs accompagnants peuvent dégénérer en peu de temps à la suite d'un différend, voire d'une simple incompréhension, détériorant ainsi le caractère équilibré de l'alliance thérapeutique et de la relation de confiance, ce qui affecte *de facto* la qualité des soins.

Cette violence a de nombreux impacts négatifs : coût humain (personnel en souffrance, arrêt de travail, difficulté de fidélisation, difficulté de recrutement, sentiment d'insécurité pour les personnels et les patients) ; coût financier pour l'établissement et pour la société ; mise en danger de la mission de service public (accès aux soins et continuité des soins) ; dégradation de la réputation et de l'image de l'établissement.

Les personnels retranscrivent de la sorte ces impacts dans les signalements :

Impacts sur les personnels de santé.

- ✓ « *Angoisse de faire les soins ; frustration ; sensation de mal faire les soins* »,
- ✓ « *Stress participant à l'épuisement des professionnels et démoralisation du personnel* »,
- ✓ « *Sentiment d'avoir été agressé gratuitement dans l'exercice de ses fonctions* »,
- ✓ « *Sentiment de lassitude face à la récurrence de la violence dans le service* », « *Saturation* »,
- ✓ « *Atteinte psychologique (stress, cauchemar), difficulté d'évacuer la scène et de plus en plus de mal à se rendre à son poste* », « *Soignants choqués et inquiets* », « *La personne a été frappée des regards de haine à son encontre et a ressenti une très forte humiliation* », « *Je me suis sentie salie, humiliée* »,
- ✓ « *Sentiment de défaut de soutien* »,
- ✓ « *Sentiment d'insécurité, trouble de la tranquillité du service* »,

Impacts sur les autres patients et témoins des faits.

- ✓ « *Stress pour tous les autres patients* », « *Autres résidents choqués et apeurés* »,
- ✓ « *Ensemble des patients incommodés* », « *Sentiment d'insécurité* »,

Impacts sur le fonctionnement du service.

- ✓ « *Désorganisation dans la prise en charge du patient et des autres patients* »,
- ✓ « *Désorganisation du service : mobilisation de l'ensemble du personnel présent au détriment de la prise en charge des autres résidents, laissés sans surveillance* »,
- ✓ « *Défaut de PEC [prise en charge] et non-respect du projet de soins et du projet de service* », « *Perte de temps et mise en danger pour les agents dans un contexte de charge de travail élevée ; plus de maîtrise sur le reste du service* »,
- ✓ « *Mobilisation chronophage de l'équipe médico paramédicale entière* »,
- ✓ « *Non-respect du projet de soins et du projet de vie de la personne* »,

Dans ce contexte, la question fondamentale pour le personnel de santé est de savoir justement quelle relation d'autorité (quel niveau de fermeté) il doit instaurer avec le patient et/ou l'accompagnant et sous quelle forme la mieux appropriée afin d'entretenir une relation équilibrée nécessaire à la dispensation des soins ? Comment d'ailleurs continuer à soigner dans une relation de rapport de force et de violence qui fausse la confiance ? Les principes élémentaires de civisme et de vie en société ont besoin d'être remis à l'honneur dans les établissements de soins. Il est anormal que des personnels de santé soient insultés et maltraités.

La crise sanitaire sur ces deux années a limité l'accès libre dont les usagers (patients/résidents, accompagnants) bénéficiaient auparavant pour se rendre dans les établissements de soins. Il semble que c'est la première fois que l'hôpital, surtout en MCO, a été « fermé » avec un contrôle strict puis un filtrage permanent. La mise en œuvre de ces deux mesures, limitant ainsi les flux non contrôlés dans les établissements de soins, est certainement à l'origine d'une baisse des atteintes aux biens et aux personnes déclarées et semble avoir participé également à une baisse de l'insécurité ressentie. De fait, les restrictions des déplacements sur le territoire à la suite principalement des confinements, des couvre-feux, les limitations d'accès dans les établissements de soins, de même que les déprogrammations d'opérations, les reports, annulations et limitations de consultations, les mesures

imposées pour éviter la propagation du virus et la contamination ont limité le nombre d'usagers dans les établissements.

Ne pas pouvoir rendre visite à un patient/résident, parfois en fin de vie, ne pas venir à plusieurs personnes en chambre et ne pas y rester plus d'un certain temps, ne pas pouvoir se recueillir auprès d'un proche patient/résident décédé, contester les règles sanitaires imposées notamment avec les gestes barrières, ne pas pouvoir entrer dans l'établissement sans présentation d'un passe-sanitaire, d'un test covid négatif..., toutes ces restrictions ont été aussi l'occasion de faire émerger ou de renforcer divers types de réactions d'atteintes aux personnes et aux biens.

De nombreux verbatim ou extraits sont retranscrits (en bleu dans le rapport annuel). Les données chiffrées ne sauraient à elles seules rendre compte ni de la réalité de tous les types d'atteintes aux personnes et aux biens dans les établissements ni du contexte et du ressenti des victimes et des témoins des faits. Or ces trois aspects méritent une analyse approfondie et détaillée pour comprendre les causes et les conséquences de cette violence protéiforme, d'en donner aussi une juste vision pour que les établissements puissent ensuite mettre en place la meilleure politique possible de prévention et de lutte. Ainsi, la lecture des verbatim soigneusement sélectionnés constitue-t-elle un apport précieux et indispensable.

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

Détaillés ou moins détaillés, ces verbatim expriment donc une souffrance ponctuelle ou habituelle, une situation particulièrement angoissante, une lassitude face à cette violence. Les signalements semblent ainsi constituer une sorte d'exutoire et montrent de façon concrète toutes les formes de violence qui se font jour dans les établissements. Ils sont également un moyen de révéler parfois des dysfonctionnements au sein d'un service. Enfin, ils libèrent « la parole » car les agents arrivent bien souvent à mieux exprimer et plus librement leur ressenti à leur hiérarchie par ce biais que par oral. D'une façon générale le signalement présente certes un caractère subjectif, mais c'est bien ce ressenti qui témoigne de la souffrance au travail et qui affecte les personnels.

Les professionnels et tous ceux qui travaillent sur la thématique de la violence apprécient de trouver dans la relation de ces signalements des éléments concrets correspondant à la réalité de ce que les uns et les autres doivent affronter. Ils permettent d'en comprendre les effets néfastes.

■ **Principales données chiffrées pour 2020 et 2021**

Période exceptionnelle en raison de cette crise sanitaire inédite, les années 2020 et 2021 ont connu une forte baisse en ce qui concerne le nombre d'établissements déclarants et le nombre de signalements. La baisse de fréquentation a logiquement entraîné une baisse du nombre de violences, même si, par ailleurs, la limitation des entrées (visites, etc.) et la situation exceptionnelle de cette crise ont pu générer des violences spécifiques avec régulièrement une « négociation » de la règle encore plus insistante qu'avant cette période.

❖ Nombre de signalements déclarés et répartition par secteur juridique d'établissement

(V. rapport annuel pp. 10-14)

- **En 2020 : 383 établissements** [293 EPS (77%), 39 EPSIC (10%), 51 EBL (13%)]
ont déclaré **19 579 signalements** d'atteintes aux personnes et aux biens soit :
 - EPS : 18 121 signalements (92,6%),
 - ESPIC : 1 219 signalements (6,2%),
 - EBL : 239 signalements (1,2%).

- **En 2021 : 391 établissements** [289 EPS (73,9%), 45 EPSIC (12%), 57 EBL (15%)]
ont déclaré **19 328 signalements** d'atteintes aux personnes et aux biens soit :
 - EPS : 17 962 signalements (92,9%),
 - ESPIC : 1 037 signalements (5,4%),
 - EBL : 329 signalements (1,7%).

[En 2019 : 451 établissements avaient déclaré 23 780 signalements d'atteintes aux personnes et aux biens.]

Pour bien comprendre les chiffres de l'ONVS,
un signalement est une fiche rendant compte d'un événement survenu qui peut comporter

- ↳ une **atteinte aux personnes et/ou une atteinte aux biens** qui peuvent elles-mêmes comporter
 - ↳ plusieurs **faits ou actes** de niveaux de gravité différents (4 niveaux pour les personnes, 3 pour les biens)

[Détail de l'échelle de gravité des atteintes aux personnes et aux biens à la fin de cette synthèse.]

Ainsi, en 2020 les 19 579 signalements se décomposent en

- ↳ **21 623 atteintes aux personnes et aux biens** (dont 17 598 aux personnes et 4 025 aux biens)
qui se déclinent en
 - ↳ **35 810 faits ou actes** de niveaux de gravité différents (31 348 aux personnes et 4 462 aux biens)

Ainsi, en 2021 les 19 328 signalements se décomposent en

- ↳ **21 600 atteintes aux personnes et aux biens** (dont 17 756 aux personnes et 3 844 aux biens)
qui se déclinent en
 - ↳ **37 497 faits ou actes** de niveaux de gravité différents (33 169 aux personnes et 4 328 aux biens)

Les signalements ne présentent un intérêt que si les établissements se lancent dans une véritable politique d'analyse objective des causes de violences et d'incivilités exprimés car, comme toute institution, l'institution hospitalière peut générer de la violence. Ces causes de violences dues à l'institution sont à rechercher dans :

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

❖ **Répartition des signalements atteintes aux personnes/atteintes aux biens** (v. rapport annuel p. 14)

- **En 2020** : 81% sont des signalements d'atteintes aux personnes, dont 24% sont liées directement à un trouble psychiques ou neuropsychique (TPN). 19% sont des signalements d'atteintes aux biens (dont 4% sont liées directement à un TPN).
- **En 2021** : 82% sont des signalements d'atteintes aux personnes, dont 21% sont liées directement à un trouble psychiques ou neuropsychique (TPN). 18% sont des signalements d'atteintes aux biens (dont 4% sont liées directement à un TPN).

Ce critère des violences dues à un TPN (altération totale ou partielle du discernement) présente un intérêt important dans l'analyse qu'en fait l'ONVS car il permet de ne pas les mettre sur le même plan des violences dues à des comportements de délinquance ou d'incivisme. Pour autant, que les violences soient dues ou non à un TPN, les conséquences néfastes sont les mêmes sur les personnels de santé et sur les témoins.

❖ **Les 5 structures et unités déclarant le plus de violence** (v. rapport annuel pp. 15-22)

Sur ces deux années les urgences ne sont plus en 2^e position en nombre de signalements.

- **En 2020**

Psychiatrie (22,3%)	4 170 signalements d'atteintes aux personnes / 920 atteintes aux biens
USLD/EHPAD (13,1%)	2 481 signalements d'atteintes aux personnes / 291 atteintes aux biens
Urgences (12,7%)	2 370 signalements d'atteintes aux personnes / 410 atteintes aux biens
Unité de soins (9,7%)	1 558 signalements d'atteintes aux personnes / 506 atteintes aux biens
Médecine (8,5%)	1 440 signalements d'atteintes aux personnes / 387 atteintes aux biens
- **En 2021**

Psychiatrie (22,2%)	4 097 signalements d'atteintes aux personnes / 946 atteintes aux biens
USLD/EHPAD (12,5%)	2 364 signalements d'atteintes aux personnes / 255 atteintes aux biens
Urgences (12,2)	2 276 signalements d'atteintes aux personnes / 361 atteintes aux biens
Unité de soins (10,1%)	1 691 signalements d'atteintes aux personnes / 477 atteintes aux biens
Médecine (7,6%)	1 347 signalements d'atteintes aux personnes / 277 atteintes aux biens

Au sein des atteintes aux personnes, pour plus de précisions sur la répartition en nombre et en pourcentage entre violences verbales et violences physiques dans ces structures et unités (v. rapport annuel p. 32 et les tableaux pp. 26-27 pour 2020 et 28-29 pour 2021).

❖ **Les atteintes aux personnes** sur une échelle de gravité de 1 à 4 (v. rapport annuel pp. 22-25)

- **En 2020 les violences physiques (niv. 3) et menaces avec arme représentent 50,9%** ; les insultes et injures (niv. 1) 29,9% ; les menaces d'atteinte à l'intégrité physique (niv. 2) 16,5% ; les violences avec arme (niv. 4) 2,7%.
- **En 2021 les violences physiques (niv. 3) et menaces avec arme représentent 46,7%** ; les insultes et injures (niv. 1) 32,1% ; les menaces d'atteinte à l'intégrité physique (niv. 2) 18,3% ; les violences avec arme (niv. 4) 2,9%.

Il faut entendre par arme, les armes par nature (arme à feu, arme blanche) mais surtout celles par destination, à savoir tout objet qui est détourné de son usage naturel à des fins de violence (v. liste détaillée et le point spécifique sur les menaces et violences volontaires avec arme pp. 52-56). Concernant les violences sans arme (v. leur énumération p. 49 et le point spécifique sur les coups de tête encore appelés « coups de boule » pp. 49-52).

❖ **Les atteintes aux biens** sur une échelle de gravité de 1 à 3 (v. rapport annuel pp. 33-46)

• **En 2020 comme en 2021**

- les vols sans effraction et les dégradations légères sont majoritairement les plus importants : 3 661 (91%) – 3 482 (90,6%) (niv.1) ;
- les vols avec effraction : 228 (5,7%) – 194 (5%) (niv. 2) ;
- les dégradations de matériel de valeur, les incendies volontaires : 136 (3,4%) – 168 (6,4%) (niv.3).

Tout peut être objet de vol (v. liste énumérative p. 34).

Le rapport annuel traite spécifiquement :

- des vols commis à l'intérieur des établissements dont ceux au détriment des patients ;
(v. rapport annuel pp. 34-42)
- des vols ayant un lien avec la crise sanitaire.
(v. rapport annuel pp. 42-46)

❖ **Les victimes** (v. rapport annuel pp. 47-48)

- **En 2020 33 139 victimes d'atteintes aux personnes et aux biens** ont été recensées, soit : 28 019 victimes d'atteintes aux personnes et 5 120 victimes d'atteintes aux biens.

Parmi les victimes d'atteintes aux personnes, les « **personnels** » **représentent 83%** du total avec une subdivision de :

- 94,6% pour les personnels de santé dont médecins 8% (1 676), IDE 47% (10 395), AS et autres personnels soignants 45% (10 050) ;
- 5,4% pour les personnels administratifs (1 274).

Les patients représentent 10% des victimes (2 684), les agents de sécurité 4% (1 045), autres 3% (715), les visiteurs 1% (174).

- **En 2021 34 550 victimes d'atteintes aux personnes et aux biens** ont été recensées, soit : 29 214 victimes d'atteintes aux personnes et 5 336 victimes d'atteintes aux biens.

Parmi les victimes d'atteintes aux personnes, les « **personnels** » **représentent 84%** du total avec une subdivision de :

- 93,2% pour les personnels de santé dont médecins 8% (1 791), IDE 46% (10 577), AS et autres personnels soignants 46% (10 512) ;
- 6,8% pour les personnels administratifs (1 682).

Les patients représentent 8% des victimes (2 422), les agents de sécurité 4% (1 194), autres 3% (804), les visiteurs 1% (229).

Si les pourcentages ne varient guère, en revanche plus de personnels victimes ont été signalés en 2021.

❖ **Les auteurs** (v. rapport annuel p. 57)

- **En 2020, 18 738 auteurs de violences aux personnes** ont été recensés répartis ainsi : Patients 73,7% ; accompagnateurs et visiteurs 16,3% ; autres 6,1% ; personnels de santé 3,4% (v. détail des personnels de santé rapport annuel p. 59) ; détenus 0,4% ; agents de sécurité 0,1%.
- **En 2021, 19 115 auteurs de violences aux personnes** ont été recensés répartis ainsi : Patients 70,1% ; accompagnateurs et visiteurs 19,3% ; autres 6,4% ; personnels de santé 3,6% (v. détail des personnels de santé rapport annuel p. 59) ; détenus 0,4% ; agents de sécurité 0,1%.

L'ONVS répertorie en quatre catégories les auteurs de violences permettant de bien cerner les causes et motifs de violences pour mieux en adapter la prévention et la lutte :

- la violence de personnes aux comportements délinquants, personnes marginales ou dans un état second (sous emprise manifeste d'alcool ou de stupéfiants), qui agissent le plus souvent dans ce rapport de violence et de force très marqué,
- la violence de « M. et Mme Tout-Le-Monde », celle qui semble le plus marquer les esprits et dont pâtissent tous les secteurs d'activité de la société rendant un service à la population, dont les établissements de santé,
- la violence de personnes souffrant d'un trouble psychique ou neuro-psychique (TPN) altérant de façon totale ou partielle le discernement,
- la violence par ou entre des professionnels (uniquement 3% des violences signalées).

Concernant les violences entre les professionnels (*v. rapport annuel pp. 59-66*), ce sont essentiellement des violences verbales mais aussi psychologiques et plus rarement physiques. Elles s'expriment par des attitudes hostiles ; du mépris ; des critiques ponctuelles blessantes ou des critiques et des reproches incessants sur l'inaptitude professionnelle réelle ou supposée des pairs, confrères ou collaborateurs ; des dénigrement du travail effectué devant d'autres personnels de santé, et, ce qui est plus blessant, devant des patients/résidents, des accompagnants ou encore du public, avec parfois des éclats de colère ; des propos insultants, grossiers et dégradants ; du harcèlement ; des actes de malveillance et/ou de vengeance ; des menaces physiques pouvant aller jusqu'à des menaces de mort ; et même des violences physiques (bousculade, coups).

Bien que rarissimes, un point spécifique sur les signalements de violences dont sont victimes les étudiants (internes et autres étudiants) entre eux ou par leurs supérieurs est développé (*v. rapport annuel pp. 66-67.*) L'ONVS dispose encore moins de signalements concernant les violences sexuelles et sexistes. Les médecins du travail et les infirmiers de santé au travail pourraient utilement effectuer les signalements sur l'ensemble des violences contre les étudiants.

❖ Les motifs de violence (*v. rapport annuel pp. 69-110*)

- reproche relatif à la prise en charge du patient	(48,5%) - (51,4%)
- refus de soins	(21,5%) - (21,2%)
- temps d'attente jugé excessif	(8,7%) - (8,5%)
- alcoolisation	(7,4%) - (6,3%)
- règlement de comptes et conflits familiaux	(5,3%) - (4,5%)
- drogue	(2,4%) - (2,1%)
- refus de prescription	(2,9%) - (2,4%)
- diagnostic non accepté	(1,5%) - (1,8%)
- suicide et tentative	(0,8%) - (0,8%)
- atteinte au principe de laïcité	(0,5%) - (0,3%)
- automutilation	(0,6%) - (0,6%)

Un point spécifique développe dans la rubrique « Autres » (motifs) les prises de vidéos, de photos et d'enregistrements sonores à l'insu ou contre la volonté des personnels (*v. rapport annuel pp. 105-110*).

❖ La gestion des événements de violence (*v. rapport annuel pp. 111-124*)

Les événements de violence signalés ont donné majoritairement lieu à une intervention du personnel dans les proportions suivantes : **(59%) - (59%) par le personnel hospitalier, (23%) - (23%) par le service de sécurité/sûreté**, et seulement **(6%) - (7%) par les forces de l'ordre**.

Les formations professionnelles pratiques dispensées sur la gestion des tensions et de l'agressivité (souvent conçues par des soignants pour des soignants) se révèlent extrêmement utiles afin de mieux prévenir et gérer les moments de violence. Elles doivent aussi intégrer une meilleure communication vis-à-vis des patients et des accompagnants. L'accompagnement des professionnels pour se reconstruire après des violences est essentiel.

Un point spécifique traite des moyens techniques pour demander de l'aide en cas de danger (pp. 115-118). Un autre point traite de l'intervention des forces de l'ordre (pp 119-123).

❖ Les suites pénales et les décisions de justice (v. rapport annuel pp. 125-129)

- **En 2020**, les signalements de violence ont donné lieu à **1 574 plaintes** et à **149 mains courantes** dont **461 plaintes** et **37 mains courantes** déposées par les établissements eux-mêmes. 77 % des cas de violences n'ont pas été suivis d'une démarche judiciaire.
- **En 2021**, les signalements de violence ont donné lieu à **1 446 plaintes** et à **127 mains courantes** dont **386 plaintes** et **35 mains courantes** déposées par les établissements eux-mêmes. 78 % des cas de violences n'ont pas été suivis d'une démarche judiciaire.

Ces données sont donc à relativiser car les établissements ne renseignent guère cette rubrique déjà lors de la survenue des faits, et encore moins à la suite des décisions judiciaires (qui tardent parfois). Les personnels de santé ne se signalent que très peu aux services de police et aux unités de gendarmerie alors pourtant qu'ils bénéficient d'une protection pénale renforcée, et ce depuis 2003...

Quelques condamnations en justice sont mentionnées montrant l'intérêt du dépôt de plainte.

❖ 3 focus

- **La teneur des insultes, des menaces physiques, des menaces de mort et leur impact négatif.**

Ce focus est repris une nouvelle fois, d'une part, en raison des multiples signalements qui remontent de toutes les structures et spécialités, d'autre part, en raison de la « saturation » et des impacts si négatifs, dont celui psychologique, que cette violence verbale provoque chez tous les personnels, lesquels la subissent parfois de façon quasi-quotidienne. Cette violence verbale dégénère facilement en violence physique. La ✓Remarque 20 p. 142 intitulée : *Un exemple de procédure accélérée et simplifiée concernant les incivilités (outrages) entre le parquet de Rouen et le CHU de Rouen*, constitue une réponse qui ne manque pas d'intérêt (v. rapport annuel pp. 130-143).

- **Les violences en raison de la crise sanitaire.**

L'intérêt de ce long focus est d'insister davantage sur les spécificités des violences au cours de cette crise sanitaire et surtout sur le ressenti qu'elles ont généré d'une part chez les professionnels et personnels de santé, d'autre part chez les patients, résidents et accompagnants et prestataires déconcertés face à cette crise qui, de surcroît, s'est prolongée dans le temps. Chez ces patients/résidents, accompagnants, on a pu assister à des réactions opposées : certains jugeant les mesures sanitaires pas assez contraignantes pour se protéger du virus, d'autres au contraire, les trouvant trop contraignantes, parfois inutiles. Une sorte de climat de défiance s'est installé entre professionnels et patients, du moins après la période du soutien aux professionnels de santé (applaudissements, etc.) mais aussi entre patients et/ou accompagnants suspectant d'autres patients ou accompagnants d'être contaminés et donc contaminants. L'impatience déjà si souvent relevée dans les différents signalements en temps normal s'est manifestée plus fortement avec cette crise sanitaire et la peur qu'elle a engendrée chez des usagers (v. rapport annuel pp. 144-175).

- **Les violences signalées par les SSIAD, en HAD et par les SMUR.**

Le point commun de ces violences provient du fait qu'elles sont subies à l'extérieur d'un établissement de santé : domicile du patient, voie publique, autre lieu privé ou public. Bien que rarement signalées également, l'ONVS pense utile d'en dresser un aperçu précis révélant une fois de plus l'importance de formations à la gestion de l'agressivité verbale et physique et à la communication d'autant que les personnels de santé peuvent se retrouver dans un contexte isolé. Les visites à domicile (VAD) notamment en ce qui concerne celles faites par les personnels des EPSM ont également été traitées (*v. rapport annuel pp. 176-182*).

■ **Conclusion** (*v. rapport annuel pp. 183-187*)

La prévention et la lutte contre les atteintes aux personnes et aux biens sont un enjeu capital pour les établissements de santé, qui entre pleinement dans la gestion des nombreux risques que doivent envisager leurs directeurs, tant ces atteintes affectent la sérénité des conditions de travail et par conséquent la mission de soin.

On peut considérer à juste titre que les directeurs d'établissements doivent acquérir une nouvelle compétence de « sécurité », qui originellement ne faisait pas partie de leur cœur de métier. Cette compétence est assurée de la meilleure façon dans le cadre d'un projet de service global. La non prise en compte de la prévention et de la lutte contre les incivilités et les violences participe des impacts négatifs énumérés au début de cette synthèse.

Au-delà des divers aspects entrant en ligne de compte pour développer ce projet de service, c'est aussi **l'implication de l'ensemble des personnels de l'établissement** qu'il convient de susciter – **dont la communauté médicale qui, en tant que chef de pôle, d'unité et de service, joue un rôle essentiel d'impulsion** – pour obtenir le succès escompté et restaurer ainsi le respect dû aux professionnels de santé et aux personnels des établissements, ainsi que les règles élémentaires de civisme et de vie en société. À défaut, la sécurisation ne se fera pas.

Ce projet de service peut se décliner en trois axes longuement développés dans le rapport annuel.

- prévention primaire (prévenir la violence),
- prévention secondaire (faire face à la violence),
- prévention tertiaire (soutenir la victime et lui donner les moyens de se reconstruire).

Il permet de mettre en œuvre une palette d'outils capable de répondre de la meilleure façon possible à cet enjeu, associant étroitement par ailleurs, au niveau local, les institutions partenaires en charge de la sécurité et de la justice.

■ Échelle de gravité des signalements de l'ONVS

Le recueil des signalements intègre une échelle de gravité reprenant les actes de violence tels que hiérarchisés dans le code pénal. Ils sont différenciés selon les atteintes aux personnes ou les atteintes aux biens puis déclinés par niveau de gravité.

- Les atteintes aux personnes

- **Niveau 1** : injures, insultes et provocations sans menaces (propos outrageants, à caractère discriminatoire ou sexuel), consommation ou trafic de substances illicites (stupéfiants) ou prohibées en milieu hospitalier (alcool), chahuts, occupations des locaux, nuisances, salissures
- **Niveau 2** : menaces d'atteinte à l'intégrité physique ou aux biens de la personne, menaces de mort, port d'armes (découverte d'armes lors d'un inventaire ou remise spontanée ou présence indésirable dans les locaux)
- **Niveau 3** : violences volontaires (atteinte à l'intégrité physique, strangulation, bousculades, crachats, coups), menaces avec arme par nature (arme à feu, arme blanche) ou par destination (scalpel, rasoir, tout autre objet), agression sexuelle
- **Niveau 4** : violences avec arme par nature (arme à feu, arme blanche) ou par destination (scalpel, rasoir, couverts, tout autre objet : lampe, véhicule, etc.), viol et tout autre fait qualifié de crime (meurtre, violences volontaires entraînant mutilation ou infirmité permanente, etc.)

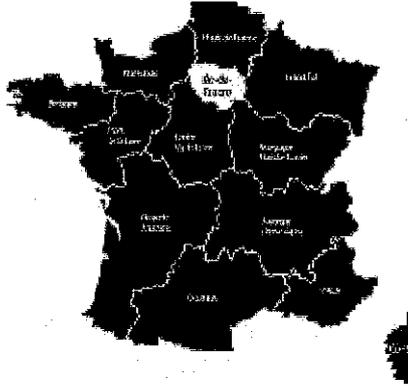
- Les atteintes aux biens

- **Niveau 1** : vols sans effraction, dégradations légères, dégradations de véhicules sur parking intérieur de l'établissement (hors véhicules brûlés), tags, graffitis
- **Niveau 2** : vols avec effraction
- **Niveau 3** : dégradation ou destruction de matériel de valeur (médical, informatique, imagerie médicale, etc.), dégradations par incendie volontaire (locaux, véhicules sur parking intérieur de l'établissement), vols à main armée ou en réunion (razzia dans le hall d'accueil, etc.).

Résultats 2021 de l'Observatoire de la sécurité des médecins

Dernière mise à jour le Mardi 26 juillet 2022

RÉGIONS	2020	2021
Hauts-de-France	165	172
Île-de-France	114	131
Auvergne-Rhône-Alpes	129	102
BRETAGNE	85	112
Nouvelle Aquitaine	54	107
Occitanie	110	80
Normandie	44	85
Pays de la Loire	33	55
Grand-Est	42	61
Bretagne	31	50
Bourgogne-Franche-Comté	31	39
Centre-Val de Loire	27	34
NOUVEAUX TERRITOIRES	18	16
Corse	2	1



Plus que jamais, l'Ordre des médecins appelle tous les médecins victimes d'agressions à le déclarer et à porter plainte

Le conseil national de l'Ordre des médecins publie aujourd'hui les résultats de l'Observatoire de la sécurité des médecins pour l'année 2021.

Après une année 2020 marquée par les confinements, 1 009 incidents ont été déclarés par des médecins en 2021. Ces incidents ont affecté des médecins partout où ils exercent : 51% d'entre eux ont eu lieu en centre-ville, 22% en banlieue, et 21% en milieu rural.

Parmi les spécialités, les médecins généralistes sont les plus touchés par ces incidents (61% des incidents rapportés, alors que les médecins généralistes représentent 43% du corps médical en activité). Les cardiologues, les psychiatres ou encore les ophtalmologues figurent également parmi les spécialités les plus touchées.

59 incidents avaient pour origine première la crise sanitaire, selon les médecins victimes : 35 concernaient un refus du respect des règles sanitaires ; 24 étaient le fait de patients opposés à la vaccination.

Trop peu de plaintes déposées

L'Ordre des médecins regrette cependant le peu de plaintes déposées par les médecins victimes d'agressions. Seuls 32% d'entre eux ont déposé plainte, une proportion qui tombe à 20% chez les médecins victimes d'agressions verbales. Plus du tiers des médecins victimes d'agressions physiques n'ont pas porté plainte. L'Ordre des médecins encourage vivement les médecins victimes à accomplir cette démarche. Alors que se déploient dans l'ensemble des conseils départementaux de l'Ordre des commissions « vigilance-violence-sécurité », l'Ordre rappelle aux médecins que leurs conseils départementaux peuvent être un soutien dans tout moment difficile, et un appui à l'ensemble des démarches judiciaires que souhaite entreprendre un médecin victime d'agression.

A cet égard, le conseil national de l'Ordre des médecins encourage fortement les médecins victimes d'agression à déclarer cet acte auprès de leur conseil départemental – et notamment les médecins hospitaliers, trop peu représentés aujourd'hui dans l'Observatoire de la sécurité.

Cette déclaration peut être réalisée en ligne. Ce signalement permet au conseil de l'Ordre de connaître les problèmes d'insécurité rencontrés par les médecins sur le territoire, d'en analyser les causes et d'agir en lien avec les pouvoirs publics, qui doivent se saisir de cet enjeu majeur pour apporter des réponses concrètes aux médecins, dans la durée.

L'Observatoire de la sécurité des médecins a été créé en 2003 par le Conseil national de l'Ordre pour identifier et suivre les violences à l'encontre de nos confrères, demeurées trop longtemps ignorées.

Depuis le 1er janvier 2019, le dispositif de déclaration a par ailleurs été étendu aux internes, qui doivent également être protégés dans leur mission au service des patients. L'Ordre ne peut que les encourager à se saisir de cet outil.

<https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/resultats-2021-lobservatoire-securite-medecins>

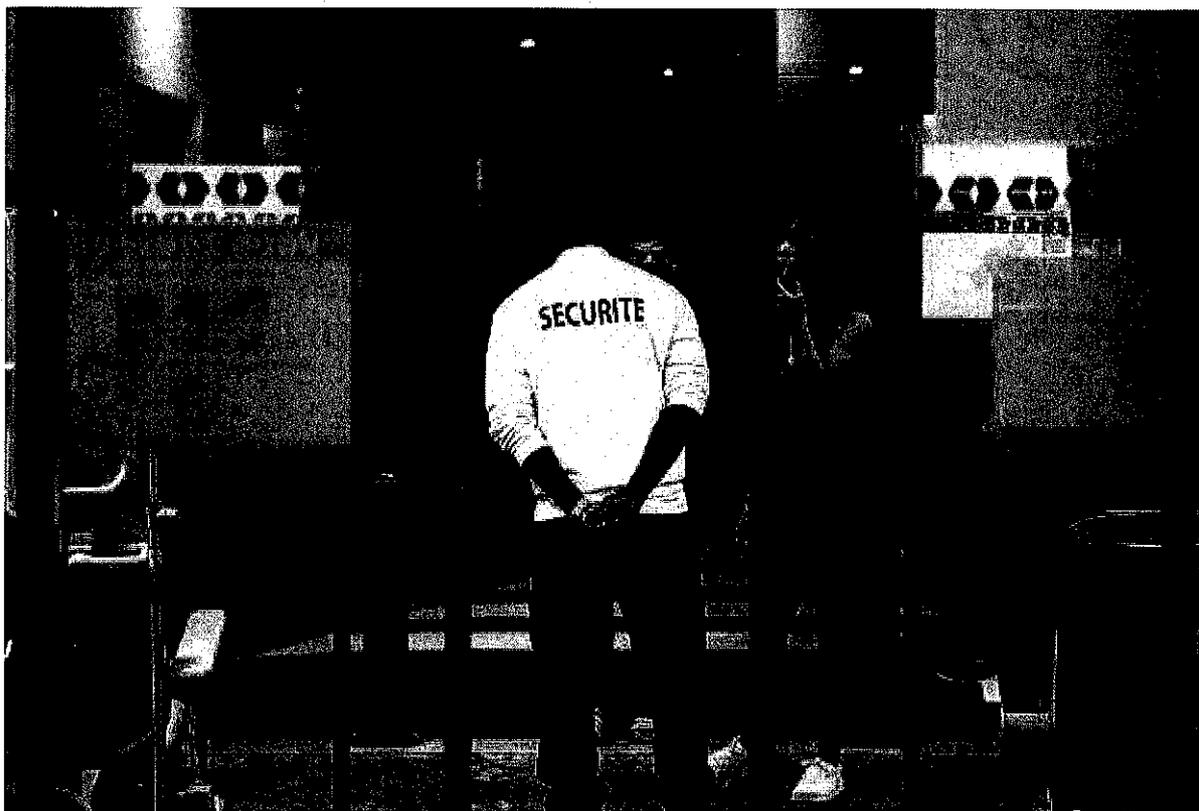
<https://www.lemonde.fr>

La violence et l'agressivité ont « un impact catastrophique » sur le personnel hospitalier

Quelques jours après l'agression d'un praticien à Mulhouse, Karim Tazarourte, président de la Société française de médecine d'urgence (SFMU) revient sur les actes de violences et d'agressivité dont sont régulièrement victimes les soignants, et leurs conséquences.

Propos recueillis par Lucas Rojouan

Publié le 30 août 2022 à 00h15, modifié le 30 août 2022 à 15h41



Un agent de sécurité invite des personnes à appeler le 15 avant d'accéder aux urgences du centre hospitalier départemental de La Roche-sur-Yon, le 2 août 2022. THOMAS LOUAPRE / DIVERGENCE POUR « LE MONDE »

Il n'y a pas que face aux virus que les soignants se retrouvent en première ligne. Tout au long de l'année, le personnel hospitalier est régulièrement confronté à des actes de violence et d'agressivité de la part de patients et d'accompagnants. Des faits bien connus dans le milieu médical et récurrents dans les services des urgences, bien qu'ils fassent l'objet d'un faible nombre de plaintes. Après une tendance à la baisse, le nombre d'agressions de médecins est reparti à la hausse en 2021. Un phénomène qui n'a visiblement pas disparu durant l'été 2022.

Samedi 27 août, à Mulhouse (Haut-Rhin), un praticien de SOS Médecins a été menacé de mort et s'est fait tirer dessus avec une arme factice, chargée avec des billes, lors d'une consultation chez une patiente. En solidarité avec leur confrère, l'antenne locale de la fédération a suspendu toutes les visites à domicile jusqu'au lundi matin.

Huit jours auparavant, à l'hôpital de Cannes (Alpes-Maritimes), cette fois, une femme en état d'ébriété s'en est prise à un médecin et à un infirmier, avec crachats et coups de poing. Dans la nuit du 15 août, enfin, c'est une infirmière qui était mise à terre et une aide soignante frappée, à l'hôpital Lapeyronie à Montpellier. Des cas loin d'être isolés.

En réponse à ces agressions dans l'Hérault et le Haut-Rhin, le ministre de la santé, François Braun, a réagi sur Twitter, en condamnant « *fermement* » ces actes, ainsi que « *toutes les formes de violence vis-à-vis des professionnels de santé, qui sont inacceptables* ».

Dans ces affaires, c'est de nouveau l'attente liée au délai d'intervention ou de prise en charge des patients qui motive le passage à l'acte. Karim Tazarourte, président de la Société française de médecine d'urgence (SFMU), revient, dans un entretien au *Monde*, sur ces agressions qui inquiètent les soignants.

De quoi ces violences sont-elles la traduction ?

Il n'y a pas, comme dans d'autres endroits, un phénomène d'agressions directes visant à « *se faire des soignants* ». Il se passe quelque chose dans la violence, quelque chose qu'il s'agit de caractériser. A Lyon, cela a généré un projet hospitalier de recherche clinique en 2016, afin de quantifier la violence selon quatre niveaux de gravité. Une échelle allant de l'incivilité verbale ou physique (niveau 1) aux violences avec arme (niveau 4). C'est la classification utilisée par l'Observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS).

Désormais, on a une déclaration de violence par le personnel tous les trois jours. Dans 90 % des cas, aux urgences, cette déclaration relève du niveau 1, exceptionnellement du niveau 2. On constate également que près de la moitié des comportements violents relève des familles, l'autre venant des patients. Que près de la moitié de ces violences survient dans les trente premières minutes – à l'accueil ou dans les couloirs – et est le fait d'accompagnants, tandis que l'autre moitié se déclare au-delà de deux heures de présence – généralement dans les salles de consultations – et est le fait des patients.

On sait que l'attente est un facteur déclenchant. Que ce phénomène reflète un état de tension indéniable de la société. D'autant qu'on se heurte aujourd'hui à une part de la population qui a un niveau de vocabulaire réduit et éprouve, de fait, des difficultés à exprimer ses ressentis et ses attentes. Des individus avec un faible niveau éducationnel et une compréhension limitée de notre système civique. Ils perçoivent le système de santé comme une boîte obscure dont ils ne comprennent pas toujours les règles et certaines situations leur sont insupportables.

Quelles sont les conséquences de ces violences sur le personnel hospitalier ?

L'impact pour les soignants est catastrophique. Beaucoup sont angoissés à la suite d'un effet cumulatif d'agressions de niveaux 1 ou 2, dont le nombre est conséquent et sous-déclaré, au SAMU comme aux urgences, car les soignants les ont intégrées, dans une certaine mesure. Le nombre d'actes déclarés de niveaux 3 et 4 n'est pas très important, de l'ordre d'une centaine par an, mais après avoir reçu des coups, un grand nombre de soignants quittent également leur carrière avec des angoisses ou dans un état de stress post-traumatique.

Lire la tribune de 466 maires de grandes villes, directeurs d'hôpitaux et professeurs de médecine : Article réservé à nos abonnés « Nous appelons à un sursaut républicain face aux attaques contre les acteurs du monde hospitalier »

Parmi ceux subissant des violences, on relève également des scores élevés en termes d'anxiété et de perte de performance. Ainsi, si vous êtes victime d'insultes de la part d'un tiers lorsque vous vous occupez d'un patient en état grave, il a été montré dans le cadre d'une simulation que vous perdez les deux tiers de vos moyens cognitifs de performance, durant trente minutes. Les conséquences sont graves pour la prise en charge des patients.

Comment endiguer ce phénomène ?

Les procédures pour déposer plainte sont assez lourdes. Le personnel hospitalier ne souhaite pas toujours se déplacer et personnaliser sa plainte, au risque d'en subir des conséquences.

Comment alors le protéger en amont pour limiter les conséquences d'une agression verbale ou physique ? En mettant de plus en plus de barrières entre les usagers et les soignants ? Cela a déjà abouti à des services où il n'y a plus de contact direct entre les deux. Faire en sorte que les soignants soient directement pris en charge par l'institution ? Lorsqu'un soignant exprime une souffrance à la suite d'une agression, l'institution, par le biais d'un cadre ou du directeur, peut aller porter plainte à sa place, bien que chaque service fasse aujourd'hui comme il veut. Quant à la protection, il y a déjà des vigiles. Mais ces questions méritent un vrai débat.

Aussi, nous avons un véritable problème avec la gestion du temps d'attente, en partie lié à une méconnaissance des systèmes de santé de la part des usagers mais aussi à une mauvaise communication de notre part sur les délais d'attente estimés. Les individus ont du mal à programmer leur attente et cela crée de la frustration. Je pars du principe qu'on a une part de la violence qui pourrait être évitée si on parvenait à mieux planifier les parcours. Cela passe par une meilleure information que pourraient permettre des applications mobiles ou d'autres outils mis à notre disposition.

On a enfin des patients agités, souvent en rupture de traitement. C'est une autre affaire, bien qu'ils représentent un danger majeur pour eux-mêmes et pour autrui.

Cette agressivité n'est donc pas gratuite, elle relève surtout d'usagers qui ne comprennent pas comment le système fonctionne et entrent dans des postures de frustration totale face aux contraintes, ainsi que d'un profil de patient plus agité et pour lesquels nos services doivent se rééquiper avec des circuits spécifiques. L'hôpital qui était naguère un lieu sanctuarisé – un endroit où l'on ne s'affrontait pas – est en train de devenir un endroit comme un autre. Il n'y a pas de fatalité, mais beaucoup de travail en amont.

Lucas Rojouan



PROTECTION PÉNALE SPÉCIFIQUE DES PERSONNELS DE SANTÉ*
**Professionnels de santé et autres personnels*
**exerçant en établissement (public ou privé), en ville (libéral)
ou dans le cadre d'une mission de service public**

● **En cas d'urgence composer le 17 (ou le 112)**

- Troubles à l'ordre public au sein de l'établissement, du cabinet, de l'officine ;
- Infraction pénale (violences verbales, violences physiques, dégradations, etc.).

● **Les infractions d'atteintes aux personnes et aux biens**

À noter • Il est rappelé l'importance de mettre en place une « convention santé-sécurité-justice » permettant de nouer avec les divers partenaires institutionnels locaux des contacts étroits et réguliers concernant toutes les problématiques de sécurisation et de protection des personnes et des biens prévoyant notamment : modalités d'intervention des forces de sécurité intérieure en cas d'urgence ou non, conduites à tenir, conseils des « référents-sûreté », rdv pour dépôt de plainte, etc.

Modèles de convention sur : solidarites-sante.gouv.fr/dgos-onvs-documentation-pratique

- Il convient de déclarer toutes ces atteintes à l'ONVS solidarites-sante.gouv.fr/dgos-onvs

1- LES ATTEINTES AUX PERSONNES

- **Insulte et outrage, geste, menace** (art. 433-5 du CP)

Paroles, gestes ou menaces, écrits ou images de toute nature non rendus publics ou l'envoi d'objets quelconques adressés à une personne chargée d'une mission de service public [PCMSP], dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de sa mission, et de nature à porter atteinte à sa dignité ou au respect dû à la fonction dont elle est investie.

Pas de peine de prison – 7 500 € d'amende. Si en réunion : 6 mois d'emprisonnement – 15 000 € d'amende

Cet article ne s'applique pas à un professionnel de santé exerçant en libéral (exercice de ville) sauf s'il est chargé d'une mission de service public (ex : être désigné comme expert pour la justice ; agir en tant qu' élu de son ordre professionnel de santé)

- **Menace physique** (art. 433-3 al. 2 du CP)

- Menace de commettre un crime ou un délit contre les personnes ou les biens proférée à l'encontre [...] de toute autre personne chargée d'une mission de service public [PCMSP], d'un professionnel de santé, dans l'exercice de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur.

- Idem pour une personne exerçant une activité de sécurité privée [PEASP] mentionnée aux art. L. 611-1 ou L. 621-1 du code de la sécurité intérieure. (art. 433-3 al. 3 CP) (Loi 25.11.2021). *Cas concernant des établissements qui utilisent les services de ces personnes*

3 ans d'emprisonnement – 45 000 € d'amende

- **Menace de mort** (art. 433-3 al. 5 du CP)

Menace de mort ou d'atteinte aux biens dangereuse pour les personnes :

5 ans – 75 000 € d'amende

À noter • Pas besoin de réitération ou de matérialisation de la menace physique ou de la menace de mort comme cela est exigé pour un particulier : *l'expression d'une seule menace suffit.*

- Cette protection vis-à-vis des menaces contre une PCMSP, un professionnel de santé ou une PEASP bénéficie également au conjoint, aux ascendants ou aux descendants en ligne directe ou sur toute autre personne vivant habituellement au domicile de la personne chargée d'une mission de service public ou du professionnel de santé (art. 433-3 al. 4 du CP)

- **Menaces, violences, acte d'intimidation** (pour modifier les règles de fonctionnement d'un service) (art. 433-3-1 du CP)

Menaces, violences, acte d'intimidation à l'égard de toute personne participant à l'exécution d'une mission de service public, afin d'obtenir pour soi-même ou pour autrui une exemption totale ou partielle ou une application différenciée des règles qui régissent le fonctionnement dudit service.

5 ans – 75 000 € d'amende

À noter • (Article créé par la loi du 24 août 2021 - Respect des principes de la République). L'alinéa 2 dispose que « Lorsqu'il a connaissance de faits susceptibles de constituer l'infraction prévue au premier alinéa, le représentant de l'administration ou de la personne de droit public ou de droit privé à laquelle a été confiée la mission de service public dépose plainte. »

Cet article s'applique à un professionnel de santé exerçant dans un établissement mais pas en libéral (exercice de ville)

- **Violences physiques** (art. 222-13 al. 4° bis A, 4° bis, 4° ter du CP)

Violences ayant entraîné une incapacité totale de travail [ITT] inférieure ou égale à huit jours ou n'ayant entraîné aucune incapacité de travail commise :

Sur [...] toute personne chargée d'une mission de service public, un professionnel de santé, une PEASP (Loi 25.11.2021), dans l'exercice ou du fait de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur.

Sur le conjoint, les ascendants ou les descendants en ligne directe ou sur toute autre personne vivant habituellement au domicile des personnes [du paragraphe ci-dessus], en raison des fonctions exercées par ces dernières.

3 ans d'emprisonnement – 45 000 € d'amende

À noter • Ici encore, le quantum des peines est systématiquement aggravé par rapport à un particulier en raison de la qualité de PCMSP, de professionnel de santé ou de PEASP (ou le fait d'être conjoint, de la famille ou de vivre habituellement au domicile). La violence physique est donc a minima délictuelle (même sans ITT ou ITT inférieure ou égale à huit jours) et jamais contraventionnelle. Pas de main courante.

• **Autres incriminations utiles mais non spécifiques aux personnels de santé**

- Injures et diffamations publiques (presse ou tout autre moyen de communication) (art. 32 et 33 loi de 1881 Liberté de la presse)

- Appels malveillants réitérés (téléphone, sms, courriel), agressions sonores (art. 226-16 du CP)

- Harcèlement (causant dégradation conditions de vie avec altération santé physique ou mentale. Peine aggravée si fait au moyen d'un service de communication au public en ligne, support numérique ou électronique) (art. 222-33-2-2 du CP)

Prendre conseil auprès des forces de sécurité intérieure ou du parquet

2- LES ATTEINTES AUX BIENS

- **Menace d'atteinte aux biens et menace d'atteinte aux biens dangereuses pour les personnes**

Se reporter page 1 : menace physique (art. 433-3 al. 2 du CP) et menace de mort (art. 433-3 al. 5 du CP)

- **Destruction, dégradation, détérioration** (art. 322-3 3°, 3°bis, 8°, 9°, 10° du CP)

Destruction, dégradation ou détérioration d'un bien destiné à l'utilité ou à la décoration publique et qui appartient à une personne publique ou une personne chargée d'une mission de service public.

5 ans d'emprisonnement – 75 000 € d'amende

Autres circonstances possibles et cumulables :

• Idem si commise au préjudice [...] de toute autre personne [...] chargée d'une mission de service public, en vue d'influencer son comportement dans l'exercice de ses fonctions ou de sa mission.

• Idem si commise au préjudice du conjoint, aux ascendants ou descendants en ligne directe ou sur toute autre personne vivant habituellement au domicile des personnes mentionnées [ci-dessus] en raison des fonctions ou de la qualité de ces personnes.

• Idem lorsque qu'elle porte sur du matériel destiné à prodiguer des soins de premiers secours (Loi 5.8.2021).

• Idem lorsque le bien détruit, dégradé ou détérioré est destiné à la vaccination (Loi 5.8.2021).

- **Inscriptions, traces, signes, dessins sans autorisation** (art. 322-3 3°, 3°bis, 8°, 9°, 10° du CP)

Tracer des inscriptions, des signes ou des dessins, sans autorisation préalable, sur les façades, les véhicules, les voies publiques ou le mobilier urbain appartenant à une personne publique ou une personne chargée d'une mission de service public.

Peine de travail d'intérêt général – 15 000 € d'amende

- **Vol** (art. 311-4 5° du CP)

Aggravation s'il porte sur du matériel destiné à prodiguer des soins de premiers secours.

5 ans – 75 000 € d'amende

D'autres circonstances aggravantes possibles (non spécifiques mission de santé) ex : Vol commis dans un local d'habitation ou dans un lieu utilisé ou destiné à l'entrepôt de fonds, valeurs, marchandises (art. 311-4 6° du CP) - Vol précédé, accompagné ou suivi de destruction, dégradation et détérioration. (art. 311-4 8° du CP).

REMARQUES GÉNÉRALES

• Le dépôt de plainte se fait dans un commissariat, une gendarmerie ou par lettre au procureur de la République (v. service-public.fr)

• La victime, en raison de sa profession, peut se faire domicilier à son adresse professionnelle (art. 706-57 du CPP)

• La pré-plainte en ligne est possible pour certaines infractions d'atteinte aux biens avec auteur inconnu (v. [site ministère intérieur](http://site.ministère.intérieur))

• La protection pénale spécifique dont bénéficie une PCMSP, un professionnel de santé ou une PEASP s'applique uniquement dans l'exercice ou du fait de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur.

• Il est conseillé de déposer plainte au plus vite. Pour les insultes, outrages, menaces verbales, le témoignage d'une ou plusieurs personnes est un élément utile à l'enquête (rapporter avec précision les mots aux enquêteurs). La victime peut se constituer partie civile (demande de dommages-intérêts) lors du dépôt de plainte jusqu'au jour de l'audience.

• La preuve de l'infraction peut être apportée par tout moyen (art. 427 du CPP) (dont vidéo et audio).

• Un établissement ne peut déposer plainte et/ou se constituer partie civile que s'il a un intérêt direct. Il ne peut pas déposer plainte à la place de la victime (cas particulier de l'art. 433-3-1 al. 2 du CP. Voir page 1). Il peut faire un signalement au parquet (art. 40 al. 2 du CP).

• Un ordre professionnel de santé peut se constituer partie civile. Si un professionnel de santé est victime et qu'il est membre de l'un des sept ordres professionnels de santé, quel que soit son mode d'exercice, son ordre peut exercer tous les droits réservés à la partie civile relativement aux faits portant un préjudice direct ou indirect à l'intérêt collectif de sa profession, y compris en cas de menaces ou de violences commises en raison de l'appartenance à l'une de ces professions. (art. L 4122-1 du CSP - art. L 4233-1 du CSP - art. L 4312-5 du CSP - art. L 4321-16 du CSP - art. L 4322-9 du CSP).

• La protection fonctionnelle est mise en œuvre par la collectivité publique au profit des agents publics victimes (atteinte à l'intégrité physique, menace, harcèlement, etc.) Art. L.134-1 à L.134-8 du code général de la fonction publique. L'agent la demande par écrit. Pour les personnels de direction d'un EPS, elle est mise en œuvre par le directeur général de l'ARS (art. L 6143-7-1 du CSP).

RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE

PRENDRE SOIN DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

A RAPPROCHER DE L'AVIS DU COMITÉ ÉTHIQUE ÉPONYME

Contexte de l'enquête

« Prendre soin des professionnels de santé » : cette thématique a rapidement et unanimement émergé comme une priorité pour les membres du Comité éthique de la FHF en 2022.

Afin d'adosser les recommandations sur les perceptions et attentes issues du terrain, l'avis « Prendre soin des professionnels de santé » a été conforté et complété par une enquête nationale adressée aux personnels hospitaliers des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux affiliés à la FHF.

Pour cela, le Comité éthique a élaboré une enquête originale portant précisément sur les façons dont les professionnels de santé et administratifs à l'hôpital vivent, perçoivent et éprouvent au quotidien leur métier et les diverses activités qui le composent, ainsi que les environnements de travail dans lesquels ils évoluent. Plus largement, il s'est agi d'interroger les rapports de ces professionnels avec les institutions dans lesquelles ils exercent. Ces rapports impliquent des relations interprofessionnelles, aux patients, mais aussi aux valeurs et normes ainsi qu'aux héritages et aux horizons portés et promus par l'institution.

Cette enquête apparaît donc singulière, au caractère peut être exceptionnel. De par sa taille et les profils variés de professionnels et d'institutions de santé représentés : 10 040 questionnaires dont 7 670 ont été entièrement complétés. Quatorze régions. Treize secteurs professionnels. Parmi ces diverses professions : des infirmiers, des aides-soignants, des médecins, bien sûr, mais également des directeurs, des présidents de CME, des chefs de pôle ou de service, des cadres de santé, des agents administratifs, des psychologues, etc. Mais, surtout, elle engage des réflexions sur une thématique trop rarement abordée aussi frontalement et profondément : la question du soin et du prendre soin, dirigée vers les professionnels des établissements mettant en œuvre quotidiennement ces activités.

Parmi les résultats importants, cette enquête révèle qu'une majorité des professionnels interrogés (80%) sont fiers de leur métier, pour lequel ils reconnaissent un sentiment d'utilité (91%). En revanche, une grande majorité également considèrent que leur travail génère du stress (89 %). De même, près de 50 % des répondants affirment qu'ils ne conseilleraient pas leur métier, alors même qu'ils éprouvent un sentiment de fierté et d'utilité par le biais de celui-ci. Quand près des trois-quarts des répondants ont « l'impression d'une transformation majeure de l'exercice de leur métier ».

Les résultats de cette enquête sont à mettre en perspective avec l'Avis du Comité éthique de la FHF « Prendre soin des professionnels de santé » que vous pourrez retrouver sur le site de la [FHF](#), rubrique Offres de soins/Éthique.

Résultats synthétiques

Préambule

Le Comité éthique de la FHF a, en 2022, consacré son avis au thème *Prendre soin des professionnels de santé*. Pour élaborer ses recommandations, il a souhaité s'adosser à l'expérience du terrain avec l'aide d'un questionnaire pour impliquer et recueillir le témoignage de tous les professionnels des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux.

Le comité éthique tient à remercier tous les professionnels de santé pour leur participation à l'enquête.

Méthodologie

En avril 2022, le comité éthique a validé avec ses membres et le Conseil d'administration de la FHF le thème de l'avis et de l'enquête nationale *Prendre soin des professionnels de santé*.

En juin 2022, l'enquête a été diffusée auprès des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux en ciblant autant que possible tous les métiers, administratifs et soignants : directeurs, présidents de CME, chefs de pôle ou de service, cadres de santé, soignants et administratifs.

En juillet 2022, 10 040 réponses ont été collectées, dont 7 670 questionnaires complets.

Nature du questionnaire

6 items composent l'enquête : Identification, Organisation et conditions de travail, Relations de travail, Partage et création de valeurs, Bien-être au travail et Propositions.

Synthèse des résultats

Il s'agit d'une étude représentative par le nombre de questionnaires complets et la couverture du territoire national, toutes les régions et les territoires ultramarins ayant répondu à l'enquête.

La santé, un secteur d'activités à forte proportion de femmes

- 81 % de femmes, 19 % d'hommes

Des personnels de santé expérimentés

- Les répondants ont majoritairement entre 30 à 50 ans
[31;50 ans] 63 %, [51;60 ans] 23%, [18;30 ans] 13%, > 61 ans, 2%
- + 65 % ont 10 années d'expérience
Expert 65%, Avancé 23%, Junior 12%

Secteur d'activité

La majorité des secteurs sont représentés, parmi eux, 50 % exercent en hôpital de Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO), 17 % en psychiatrie et santé mentale, 16 % en EHPAD, 12 % aux urgences et 5 % dans le secteur du handicap.

Fonction managériale

66 % des répondants n'ont pas de fonction managériale, 21% sont des managers de proximité (cadres de santé, responsables de service ou UF, cadres socio-éducatifs, etc.), 8 % sont des managers intermédiaires (chefs de pôle, d'unité, d'activité, cadre supérieur de santé, etc.) et 5 % sont des managers d'établissement (directeur, président de CME, directeur des soins, directeur adjoint, etc.).

Catégories professionnelles

Un large panel de catégories professionnelles est représenté, citons notamment 21 % d'IDE, 19 % de cadres, 11% de médecins, 11 % d'agents administratifs, 8% d'aides soignant-e-s.

Grandes tendances

Des personnels fiers de leur métier, ayant un sentiment d'utilité, malgré le stress ressenti

Des personnels fiers de leur travail qu'ils trouvent utile

80 % des répondants disent avoir un sentiment de fierté pour leur travail et 91 % un sentiment d'utilité. Mais, paradoxalement, 50 % des personnels n'ont pas tendance à conseiller leur métier.

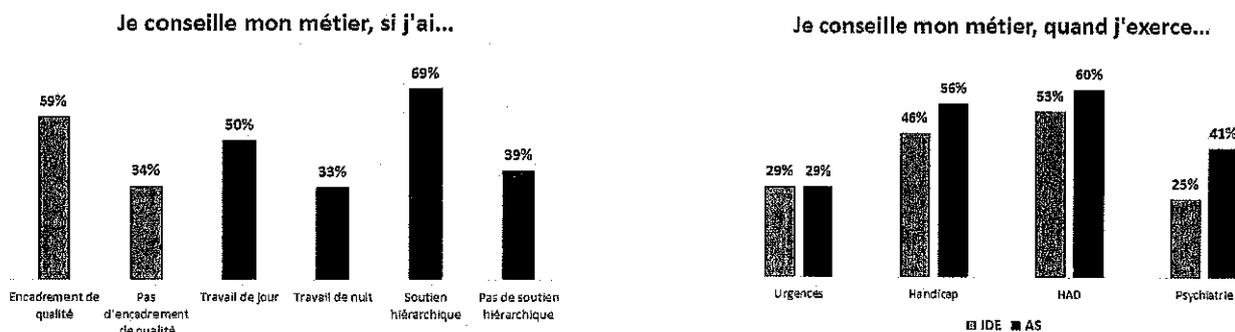
Focus par fonction : conseillerez-vous votre métier ?

Par fonction	MCO	EHPAD
IDE	Non à 69 %	Non à 66 %
Médecin	Non à 45 %	Non à 41 %
AS	Non à 58 %	Non à 61 %

A noter :

- Les plus de 60 ans recommandent leur métier à 65 %, tout comme les 18-30 ans à 53 %.
- Le secteur du handicap recommande leur métier à 65 %, beaucoup plus que les urgences à 53%.

Focus par condition et par métier



Stress au travail

89 % des répondants considèrent que leur travail génère du stress. Ce stress est généré par le manque de moyens humains et matériels à 67 %, par sursollicitations et ruptures de tâches à 63 %, et à 35 % en raison de tensions professionnelles avec les collègues ou la hiérarchie. Enfin, 33 % des répondants évoquent des plannings instables, quand la dévalorisation intervient pour 30 % d'entre eux.

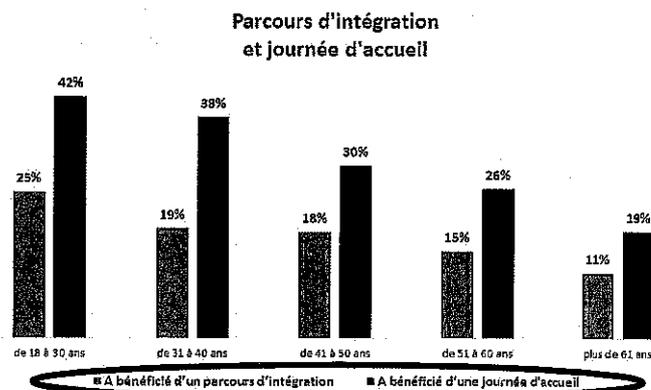
Quand le travail génère du stress, 36 % des répondants ont des symptômes physiques, (troubles du sommeil, digestifs, articulaires, etc.), 28 % ont des symptômes émotionnels (nervosité, anxiété, dépression) 12 % ont des symptômes cognitifs (difficultés de concentration, erreurs, oublis, absence d'initiative ou d'engagement). Au positif, seulement 20 % des répondants disent ne pas avoir de symptômes.

Attentes des professionnels de santé...

Parcours d'intégration et journée d'accueil

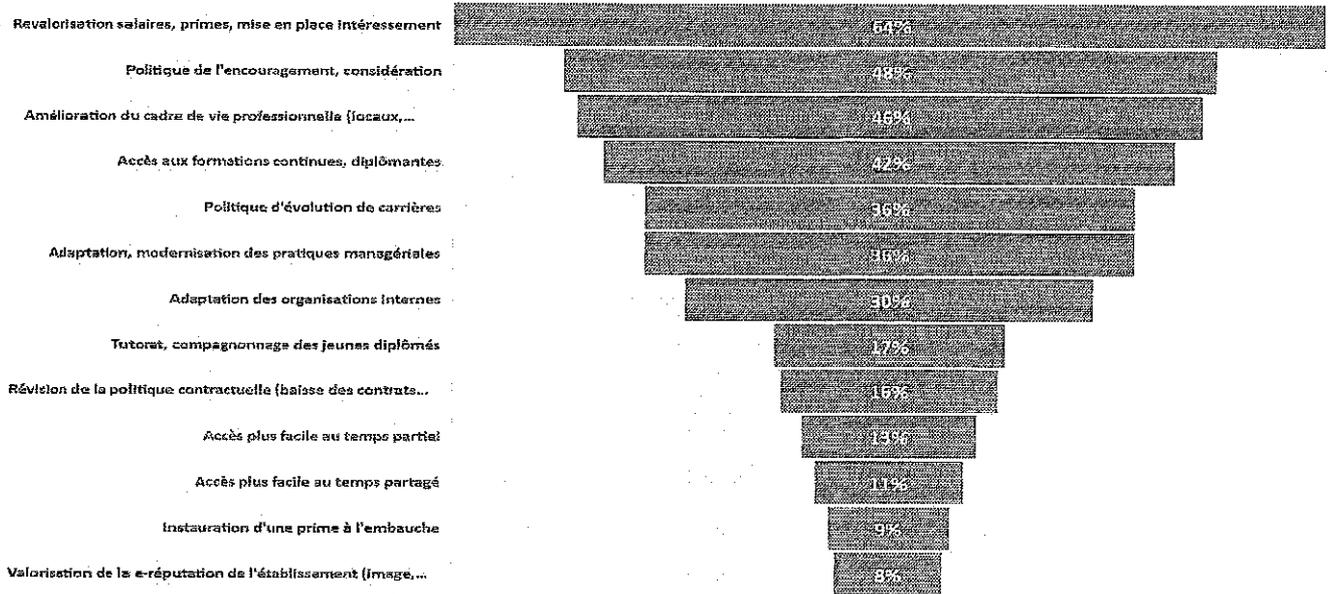
17 % des répondants disent avoir bénéficié d'un parcours d'intégration et 31 % d'une journée d'accueil au moment de leur recrutement.

Focus par classe d'âge



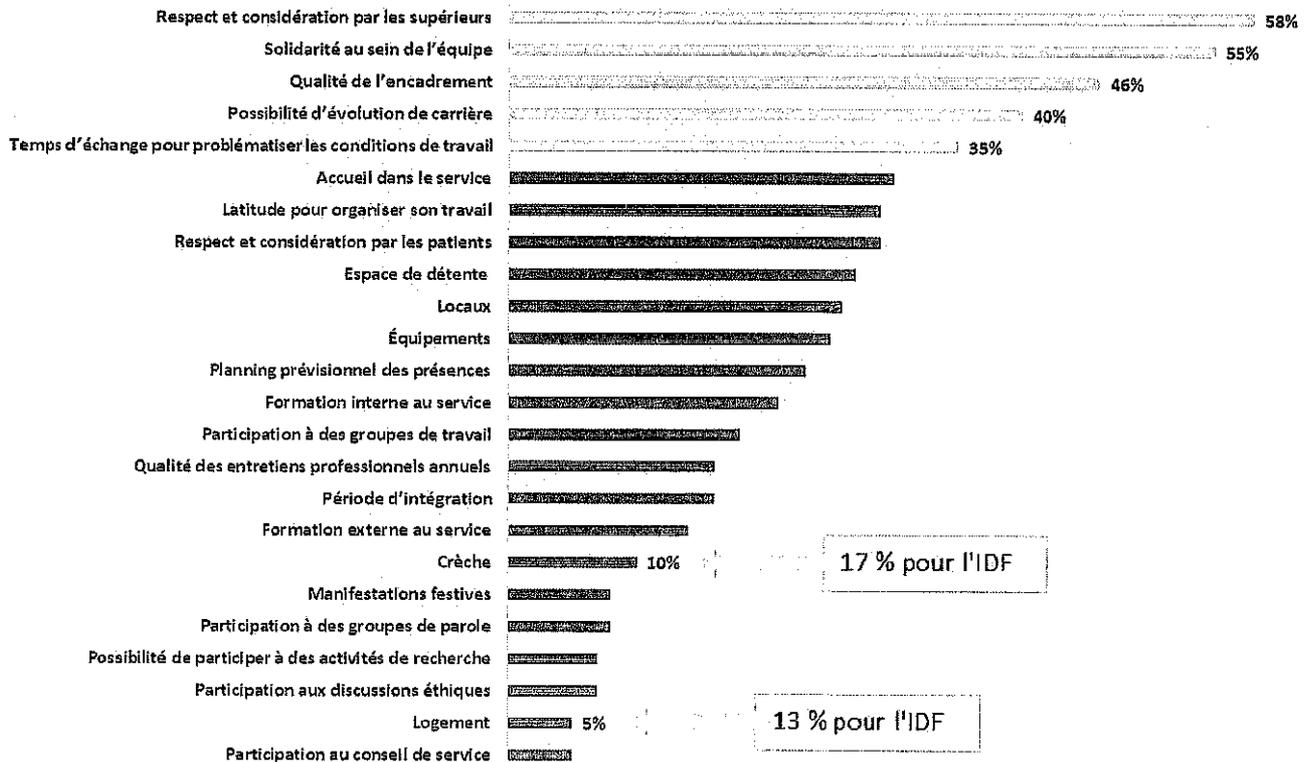
Leurs critères d'attractivité

Quels seraient vos critères d'attractivité de votre métier ?



Leurs critères de qualité de vie au travail

Quels sont vos 5 critères primordiaux à la qualité de vie au travail ?



Des bouleversements et des désillusions

Les répondants disent à 74 % avoir l'impression d'une transformation majeure de l'exercice de leur métier, tandis que 46 % considèrent que leur métier ne correspond plus à leurs attentes, entre l'idée qu'ils se faisaient de leur métier et la réalité de leur quotidien.

La place de l'éthique à renforcer

40 % des répondants ne sont pas informés de la tenue de réunions éthiques dans leur établissement et quand ils le sont, ils y participent très faiblement.