

La violence en milieu hospitalier est d'autant plus inacceptable qu'elle touche des personnes vulnérables. Aujourd'hui, ce phénomène n'est plus nié et de nombreux établissements se mobilisent pour promouvoir la notion de « bientraitance ». Face à une certaine banalisation de la violence, il apparaît nécessaire de rappeler au personnel hospitalier, mais aussi aux patients, la nécessité d'un respect réciproque.

Le non-respect d'autrui : droits et devoirs des usagers et des professionnels de santé

La question de la violence en milieu hospitalier est l'objet de multiples attentions de la part des professionnels de santé qui accompagnent au quotidien des personnes vulnérables. La conception large de la violence s'appuie sur la diversité des formes d'atteintes à l'intégrité du patient en milieu hospitalier :

- **Les violences morales :** ordres, interdictions, reproches, indifférence, privation de visites, humiliation, infantilisation...

- **Les violences par excès et négligences :** absence de prise en compte de la douleur, acharnement thérapeutique, excès de médicaments...

- **Les violences physiques :** toilettes imposées, gifles, sévices sexuels...

- **Les violences matérielles :** vols d'argent ou d'objets, matériel inadapté...

- **Le non-respect du consentement :** cette question est celle qui fait l'objet des discussions les plus virulentes entre malades et soignants.

Le phénomène de maltraitance « ordinaire », moins visible que les actes de violence intentionnelle, individuelle et délictuelle, est tout aussi inacceptable. Il s'agit de cette situation de maltraitance si particulière qui, devenant insidieuse et systématique, se banalise au sein des établissements de soins et qu'il est difficile de dénoncer.

Promouvoir la « bientraitance »

Le Pôle Santé, Sécurité des Soins (P3S) du Médiateur de la République a traité, depuis sa création début 2009, près de 4795 requêtes des usagers du système de santé. Près de 8 % faisaient état directement d'une réclamation à propos d'un fait de maltraitance « ordinaire ». En réalité, sur l'ensemble des requêtes instruites, une situation de maltraitance « ordinaire » était identifiée dans pas moins d'un cas sur deux. Les situations rencontrées sont multiples et loin d'être exhaustives :

- attentes interminables des familles avant d'être conduites auprès de leurs proches hospitalisés ;
- sentiment d'avoir été mal ou pas informé, ou rarement écouté ;
- mépris social dans les modalités de délivrance de l'information ;
- sentiment d'un désintérêt ou d'une attitude méprisante de la part du personnel soignant ;
- patient abordé avec un ton et des paroles inappropriés voire humiliants ;
- entraves et contraintes mises en place pour le confort des professionnels ;
- besoins primaires pas toujours respectés (soif, faim, sommeil...);
- douleur trop souvent minimisée, parfois ridiculisée... ;
- atteintes à l'intimité corporelle ;
- problèmes récurrents concernant le recueil des selles et des urines (« couches » imposées)...

Un certain nombre de facteurs sont cités par les professionnels de santé pour expliquer la maltraitance : leur « souffrance », les conditions d'exercice contraignantes, un encadrement parfois défaillant et une organisation beaucoup trop rigide. Cependant, de nombreux services se sont mobilisés pour développer une démarche de « bientraitance ».

La promotion des droits des malades et la « bientraitance » dans les établissements de soins sont des préoccupations constantes des professionnels de santé. Elles doivent contribuer à réduire le phénomène de la violence sous toutes ses formes, des plus manifestes aux plus insidieuses. La Fédération hospitalière de France (FHF) incite les établissements et services à mettre en place une politique active de gestion du risque « maltraitance ». La FHF a souhaité aller plus loin en réalisant un guide opérationnel s'appuyant sur des exemples concrets, tirés de cas réels.

Même si la place du patient a toujours été reconnue dans la certification des établissements de soins par la Haute Autorité de santé (HAS), l'expérience quotidienne des usagers n'a probablement pas été suffisamment prise en compte. Selon l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), « la *bientraitance est une démarche qui vise le bien-être des usagers en gardant à l'esprit le risque de maltraitance.* » Ainsi, le nouveau manuel de certification des établissements de la HAS (version 2010), propose « *un engagement et une mobilisation de l'encadrement et des instances autour de la notion de bientraitance au travers de la formation des professionnels et d'actions de dépistage et de prévention de la maltraitance.* »

Respect réciproque

Les personnes soignées ne doivent toutefois pas perdre de vue que le bon déroulement des soins repose fondamentalement sur un respect réciproque. Si le malade, personne vulnérable par excellence, demeure une victime « privilégiée »,



les soignants constituent eux-mêmes désormais une catégorie de victimes « à risque ». Si le patient et ses proches disposent de droits, ils ne doivent jamais oublier qu'ils ont aussi des devoirs, au même titre que les professionnels de santé.

P3S a constaté l'existence d'un climat de méfiance réciproque, source de conflit et qui induit des attitudes d'auto-protection de la part des professionnels et l'émergence de comportements agressifs de la part des usagers.

Face à un quotidien difficile, il n'est pas toujours évident pour les professionnels de santé d'affronter une agressivité mal contrôlée exercée à leur encontre: incivilités, propos violents ou obscènes, menaces, intimidations, humiliations voire, plus rarement, des coups.

Au cours des dix premiers mois de l'année 2009, P3S a recueilli près de soixante réclamations de la part de professionnels de santé victimes de ces violences.

Ce serait ainsi faire offense à l'ensemble de la profession médicale que de nier le non-respect d'autrui qui prolifère dans les établissements de santé et la violence subie par les professionnels. Celle-ci doit aussi être prévenue et sanctionnée selon les règles du droit

commun. L'Observatoire national des violences hospitalières note dans son rapport d'activité 2008: «... Parler de la violence au sein des établissements de soins n'est plus un épiphénomène, tant cette dimension a intégré les établissements de santé et les conditions de travail des personnels qui y sont attachés... ». L'actualité nous rappelle parfois dramatiquement cette réalité.

Transfert d'agressivité

L'agression physique du professionnel de santé a toujours de lourdes conséquences psychiques. Souvent, la culpabilité ressentie par le soignant de n'avoir pas fait ce qu'il fallait pour assurer sa propre protection cohabite avec un sentiment de solitude et d'abandon. Les personnels ressentent de plus en plus durement cette tension et ils ont l'impression de ne plus être respectés par les patients. Ces situations représentent une contrainte psychique majeure, pouvant aboutir au *burn-out* des individus et à des comportements déviants pouvant mettre en défaut la continuité et la sécurité des soins.

Si ces violences ne sont pas identifiées, traitées et régulées, on constate un transfert de l'agressivité vers l'usager, fruit de réactions défensives d'équipes qui souffrent. Ces professionnels, fatigués et démoralisés, renvoient à leurs patients une violence incontrôlée, inconsciente donc niée.

Chaque individu a un capital de tolérance limité. Quand il subit des situations de stress et/ou d'agression, il est de moins en moins en capacité de réagir de façon adéquate. La réponse naturelle à la violence est la violence. Il faut donc renforcer le lien de confiance collective actuellement fragilisé entre les patients, leur entourage et les professionnels de santé.

sera prise en compte. Les seules paroles entendues par cette dame seront: « Votre fils coûte déjà bien assez cher à la Sécurité sociale, et ceci depuis sa naissance... » « De toute façon, il est condamné... » « C'est lui le médecin et il sait ce qu'il fait... »

« Parler de la violence au sein des établissements de soins n'est plus un épiphénomène, tant cette dimension a intégré les établissements de santé et les conditions de travail des personnels qui y sont attachés... »

Rapport d'activité 2008, Observatoire national des violences hospitalières

CAS CONCRETS

Accusé de coûter trop cher à la société

Handicapé depuis la naissance, Monsieur F. décède dans une clinique après la prise en charge tardive d'une occlusion intestinale. Face à ses douleurs intenses, sa mère n'aura de cesse d'alerter l'équipe médicale. Aucune de ses remarques ne

Violences verbales envers le personnel infirmier

Une femme se présente aux urgences obstétricales, accompagnée de son mari. Ce dernier, voyant que deux autres femmes sont reçues en priorité, commence à s'énerver. Les infirmières d'accueil lui expliquent que ces patientes présentent des critères de gravité et que leur pronostic vital est engagé en l'absence rapide de prise en charge. L'homme n'entendant rien,

commence à les menacer, les accuse d'incompétence et affirme qu'il va tout faire pour qu'elles ne puissent plus exercer.

L'infirmière qui nous rapporte ce témoignage, décrira la fréquence de ce type de situation et sa crainte, sans cesse croissante, d'être la cible de violences de la part de certains patients manifestant leur impatience aux urgences.

TÉMOIGNAGE

GÉRARD VINCENT, délégué général de la FHF, Fédération Hospitalière de France

POURQUOI PARLE-T-ON AUJOURD'HUI DE NON-RESPECT DE LA DIGNITÉ HUMAINE (MALTRAITANCE ORDINAIRE) DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS ? QUELLES EN SONT LES CAUSES ?

La notion de « maltraitance ordinaire » a le mérite de rappeler que l'institution hospitalière est par nature un lieu où des personnes, fragilisées par leur maladie, sont confrontées à leur souffrance et à un univers souvent hermétique où ils se retrouvent dépendants d'autrui.

Ce désarroi naturel peut, dans des cas extrêmes, aboutir à des comportements très durement vécus par certains patients, qui peuvent en effet être blessés dans leur dignité.

Pour autant, cette notion me semble devoir être maniée avec beaucoup de précautions. Elle agrège tout d'abord des situations très différentes. Entre la personne qui patiente depuis plusieurs heures aux urgences, alors que le personnel est débordé, et celle qui n'arrive pas à obtenir des informations sur son état de santé, il est difficile et réducteur de trouver une cohérence.

Ce qui est clair est que la protection des droits des malades – dont l'affirmation est relativement récente à l'échelle de l'histoire hospitalière car ces droits n'ont

« Il faut également, et cela n'est pas chose facile, passer d'une culture d'infailibilité présumée à la reconnaissance de ses erreurs... »



émergé qu'au cours des années soixante-dix pour être définitivement reconnus par la loi Kouchner du 4 mars 2002 – doit être une priorité pour les hospitaliers.

Ceux-ci exercent un métier exigeant, dans des conditions souvent difficiles, mais il est absolument essentiel qu'ils puissent concilier l'aspiration au progrès médical et le recours à un plateau technique toujours plus sophistiqué, avec une dimension d'humanité dans l'accueil des malades.

AU-DELÀ DE LA SENSIBILISATION DES ACTEURS, QUELLES ACTIONS PRÉCONISEZ-VOUS POUR ENRAYER CETTE ÉVOLUTION ET RÉTABLIR LE LIEN DE CONFIANCE ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET USAGERS ?

S'il y a une évolution, elle me semble très clairement positive et est donc moins à enrayer qu'à prolonger...

Outre l'affirmation des droits des malades dans les textes, il me semble tout à fait essentiel que l'hôpital public puisse progresser vers davantage de transparence dans sa communication à l'égard du public, par des initiatives comme celle que la Fédération hospitalière de France porte sur Internet: Hopital.fr et bientôt Maisons-de-retraite.fr, premier site à donner une information transparente sur la qualité des prestations dans les maisons de retraite.

Il faut également, et cela n'est pas chose facile, passer d'une culture d'infailibilité présumée à la reconnaissance de ses erreurs, ce qui implique un essor du signalement des incidents et de la gestion des risques et une meilleure information sur les actes de soins, ainsi que la réparation des conséquences d'une faute: c'est là l'intérêt des procédures de conciliation et de médiation, et il faut saluer le travail mené par le Pôle Santé et Sécurité des Soins du Médiateur de la République.

Enfin, cette évolution ne pourra être poursuivie que si nous savons donner toute leur place aux associations d'usagers.

QUEL REGARD PORTEZ-VOUS SUR LES ACTES DE VIOLENCES (INCIVILITÉS, MENACES, INTIMIDATIONS, COUPS...) SUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ?

Il s'agit, hélas, d'actes de plus en plus fréquents, qui témoignent d'une évolution sociale, mais aussi du fait que les hôpitaux sont placés en première ligne du traitement des problèmes auxquels sont confrontés les Français. L'hôpital est au cœur du pacte républicain, même lorsque celui-ci se délite...

C'est d'ailleurs ce qui nous avait poussés à engager, sur ce thème, une campagne de communication en 2005 qui a connu un réel succès.