

Protection de la personne

La violence en milieu hospitalier : de la prévention à la sanction de la violence par le droit[☆]

K. Lefevre-Darnajou *

Centre de recherche juridique de l'Ouest (CRJO), département de l'institut de l'Ouest : Droit et Europe (IODE, CRJO CNRS n° 2785), faculté de droit et de science politique de Rennes-I, France

Résumé

La violence en milieu hospitalier est devenue une question préoccupante pour les professionnels de santé. Elle touche désormais indistinctement les malades et les acteurs de santé. De la violence morale à la violence physique, de la violence architecturale à celle résultant du non-respect du consentement du malade, le droit permet indiscutablement, par une conception large de cette notion, de l'appréhender et de la sanctionner sous ses formes les plus diverses. Par ailleurs, si notre droit permet de sanctionner l'acte violent répréhensible par la mise en œuvre de la responsabilité de son auteur, il s'avère aussi un extraordinaire outil de prévention de la violence, dont chacun doit prendre pleinement conscience.

© 2004 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Droits des malades ; Patients hospitalisés (protection juridique) ; Violence (Hôpital) ; Hôpital (violence)

Saisi de la question de la violence en milieu hospitalier, le premier réflexe du juriste consiste à définir les termes du sujet. En effet, si comme l'a écrit Paul Esmein¹ « *en droit, la terminologie est une affaire sérieuse* », cela ne signifie point qu'elle ne l'est pas en d'autres domaines, mais il faut plutôt y voir là un accent mis sur le particularisme du vocabulaire juridique qui le distingue du sens générique de certains mots et expressions du langage courant. Cette première étape préalable de définition apparaît d'autant plus utile que la violence est l'un de ces concepts qui recouvrent en pratique des réalités très diverses. Qui plus est, la terminologie juridique elle-même révèle en son sein des spécificités inhérentes aux différentes branches du droit. Cela se traduit notamment par l'existence d'une définition civiliste et pénaliste de la violence.

L'étymologie du mot violence, du latin *vis*, signifie d'abord « force en action » et plus particulièrement « force exercée contre quelqu'un ». Le pluriel *vires* désigne les forces physi-

ques, les ressources pour exercer la *vis*. Le langage populaire a tendance à employer indifféremment les termes de violence, agressivité, abus, négligence, maltraitance, pour désigner une même réalité. Seules les qualifications de violence, abus et négligence figurent dans les textes de loi. Néanmoins, il est loisible aux juges, dans leur pouvoir souverain d'appréciation, de retenir une conception extensive de la violence pour poursuivre et sanctionner des actes extrêmement divers tant dans leur forme que dans leur gravité.

Trois définitions juridiques de la violence peuvent être données². La première est générale. Elle vise la contrainte illicite, l'acte de force dont le caractère illégitime tient (par atteinte à la paix et à la liberté) à la brutalité du procédé employé (violence physique ou corporelle, matérielle) ou/et par effet d'intimidation, à la peur inspirée (violence morale). La seconde définition est privatiste. Elle désigne la contrainte exercée sur une personne pour la réduire à passer un acte qui justifie l'annulation de celui-ci pour vice du consentement, lorsque le consentement a été extorqué sous l'empire de la crainte inspirée par la menace d'un mal considérable. La troisième définition est pénaliste. La violence est alors un acte d'agression de nature à porter atteinte à l'intégrité corporelle de la personne contre laquelle il est dirigé. Il com-

[☆] Article issu d'une intervention lors des Journées d'études infirmières des 26 et 27 septembre 2002 à Avranches organisées par le Groupement infirmier d'information et de réflexion (GIIR) sur le thème : « Appréhender la violence en milieu hospitalier : de la prévention du risque pour l'usager et le soignant à la promotion d'un autre mode de management ».

* Pen mané, Pont Scorff 56620, France.

Adresse e-mail : stefan.karine@infonie.fr (K. Lefevre-Darnajou).

¹ P. Esmein, D. 1965. 575.

² G. Cornu, *Vocabulaire juridique*, Assoc. H. Capitant, V° Violence.

prend non seulement toutes les atteintes effectivement portées à l'intégrité corporelle mais également les actes ayant entraîné un trouble psychologique, même sans contact avec la victime.

Le thème de la violence hospitalière permet encore d'évoquer les notions de risque, d'usager et de soignant qu'il est opportun de préciser :

- en premier lieu, le risque, terme traditionnellement utilisé en droit des assurances, occupe désormais une large place en droit médical, notamment lors de la mise en œuvre mais aussi de l'exemption de responsabilité des professionnels de santé. La jurisprudence et la doctrine ont affiné le concept, distinguant le risque prévisible, sérieux, proportionné, exceptionnel... attachant à ces qualificatifs des conséquences propres ;
- en second lieu, il est intéressant de relever que le terme d'« usager » tend à se substituer à celui de « malade », ce qui est représentatif de l'évolution actuelle du droit médical. La nouvelle loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé³ y fait d'ailleurs largement référence dans ses intitulés, en traitant notamment dans un Chapitre II des « Droits et responsabilités des usagers ». Bertrand Mathieu⁴ a pu souligner à ce propos que le terme d'« usager du système de santé », qui figurait déjà dans le Code de la santé publique, « manifeste une conception à la fois consumériste et publique de la médecine ». L'auteur tout en déplorant que « la relation individuelle passe au second plan » admet toutefois que « l'ajout du terme de responsabilité à celui de droits relativement aux usagers (...) corrige partiellement cette impression en faisant des devoirs de l'usager la contrepartie de ses droits ». Quoi qu'il en soit, l'usager est un patient hospitalisé et demeure avant toute chose une personne ;
- en dernier lieu, la question de la violence en milieu hospitalier envisagée sous l'angle de la relation patients-soignants, semble limiter l'étude de ces derniers aux seuls professionnels du monde médical et paramédical appelés à délivrer et prodiguer des actes de soins. Toutefois, il est évident que la violence peut tout aussi bien être perpétrée ou subie par le personnel non-soignant travaillant au sein de l'établissement de santé.

Au-delà de ce premier travail de définition, trois remarques s'imposent pour parfaire la délimitation du sujet :

- d'une part, il est indiscutable que l'usager comme le soignant peuvent l'un comme l'autre être auteurs et victimes du phénomène de la violence. La question étudiée sous l'angle juridique présente néanmoins un attrait indiscutable dans une actualité très fortement

marquée par la promotion des droits des malades, ce qui explique notre attachement dans ces lignes à la protection juridique reconnue aux patients hospitalisés. Ce serait faire offense à l'ensemble de la profession médicale que de négliger, qui plus est de nier, la violence subie par le personnel soignant qui doit être prévenue et sanctionnée selon les règles du droit commun. Les faits divers récents qui ont eu pour théâtre les services d'urgence en font foi, tandis que les professionnels de santé savent bien qu'ils doivent depuis longtemps faire face à l'agressivité, sinon excusable, du moins parfois « naturelle » de proches anxieux, eux-mêmes en souffrance. S'agissant du patient, l'état de vulnérabilité de la personne malade, accru par le contexte institutionnel, en fait par essence une victime « à risque » qui appelle une protection adéquate de ses intérêts tant personnels que patrimoniaux ;

- d'autre part, bien que l'intitulé de cette étude semble circonscire le sujet au seul milieu hospitalier, il est évident que les réponses apportées par le droit dans ce domaine valent pour tous établissements de santé publics ou privés indépendamment de l'origine et de la nature des pathologies, tandis que certaines dispositions légales viennent de surcroît renforcer les droits de patients réputés plus vulnérables que d'autres. La loi du 27 juin 1990⁵ relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation et la Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante de 1996 en sont deux illustrations marquantes ;
- enfin, il faut conclure ces propos introductifs en soulignant toute l'importance de la prévention des risques de violence en milieu hospitalier par la « promotion » des droits de la personne de l'usager comme du soignant. Au-delà de cet aspect préventif, le rôle du droit demeure néanmoins celui de sanctionner toutes formes de non-respect des prescriptions légales.

Il s'agit ici de comprendre la façon dont le droit appréhende une violence aux multiples visages eu égard à la spécificité du contexte hospitalier, avant d'évoquer les réponses apportées par le législateur. L'étude portera donc respectivement sur le domaine (1^{re} Partie) et sur le régime de la violence en milieu hospitalier (2^e Partie).

I. Le domaine de la violence en milieu hospitalier

La détermination des victimes de la violence si importante qu'elle soit (B), exige de s'attacher préalablement à ses diverses formes reconnues comme telles par la loi et la jurisprudence dans le contexte si spécifique de l'hôpital (A).

A. Les formes de violences reconnues par la loi et la jurisprudence

Les dispositions légales et les décisions jurisprudentielles laissent rapidement percevoir une double conception de la violence qui peut être appréhendée au sens strict (1) comme au sens large (2).

³ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, J.O. n° 54 du 5 mars 2002. Pour un commentaire de la loi, cf. notamment Y. Lambert-Faivre, D. 2002, chron. p. 1294 et F.-J. Pansier et C. Charbonneau, Les petites affiches, 13 mars 2002, n° 53, p. 7 (1^{re} partie).

⁴ B. Mathieu, « Les droits des personnes malades », Petites Affiches, 19 juin 2002, n° 122, p. 10.

⁵ Loi n° 90-527 du 27 juin 1990.

1. La violence au sens strict

La violence prise au sens strict doit s'entendre comme celle qui répond aux qualifications du droit civil (a) et du droit pénal (b).

a) La qualification de violence en droit civil

La violence figure expressément dans l'article 1112 du Code civil, aux termes duquel « *il y a violence lorsqu'elle est de nature à faire impression sur une personne raisonnable, et qu'elle peut lui inspirer la crainte d'exposer sa personne ou sa fortune à un mal considérable et présent. On a égard, en cette matière, à l'âge, au sexe et à la condition des personnes* ». Constitutive d'un vice, elle porte atteinte à l'intégrité du consentement de la personne qui en est victime et peut entraîner l'annulation d'un contrat. La violence est appréciée *in concreto* par les juges, c'est-à-dire en considération de la personne qui en est victime. Ont ainsi été retenus le fait d'une personne fragilisée par un déséquilibre nerveux⁶ ou affaiblie par l'âge et la maladie⁷. Le législateur ne sanctionne pas seulement la violence exercée sur la personne qui contracte mais aussi la pression subie par l'époux, l'épouse, les descendants ou ascendants (art. 1113 C.civ.). Il peut s'agir d'une violence physique et/ou morale.

b) La qualification de violence en droit pénal

La violence est incriminée au titre des atteintes à l'intégrité physique ou psychique de la personne. Elle figure dans le Code pénal entre les qualifications d'atteintes à la vie et de mise en danger de la personne. Par ailleurs, il s'agit d'une atteinte volontaire (par opposition aux atteintes involontaires) mentionnée dans les textes de loi entre les tortures et actes de barbarie et les menaces. Le terme « violences » recouvre les mêmes agissements que l'expression de « coups, violences ou voies de fait » de l'ancien Code pénal. La violence peut être l'infraction principale, une circonstance aggravante de certaines infractions, une excuse atténuante (la violence grave pouvant être considérée comme une provocation) ou encore un élément constitutif de certaines infractions (viol, attentat à la pudeur).

En matière de violence, les conséquences de l'acte jouent un rôle considérable dans la détermination de la peine. Mais celle-ci est encore aggravée par les circonstances dans lesquelles la violence est perpétrée. S'agissant des conséquences de l'acte, le législateur a conçu la peine comme proportionnelle au degré de gravité du préjudice physique de la victime. La sanction est d'autant plus lourde que l'infraction provoque une incapacité totale de travail supérieure ou inférieure à huit jours, une mutilation ou une infirmité permanente, voire la mort sans intention de la donner⁸.

S'agissant des circonstances dites aggravantes pour l'auteur de l'infraction, elles tiennent d'une part à la victime (notamment les actes commis à l'encontre d'un mineur de 15 ans ou sur « *une personne dont la particulière vulnérabilité due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de son auteur* »⁹ ou encore sur une personne « *chargée d'une mission de service publique, dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de sa mission, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de son auteur* »¹⁰), d'autre part à l'auteur de l'infraction (violence commise par une personne chargée d'une mission de service publique dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de sa mission¹¹, infraction commise par plusieurs personnes agissant en qualité d'auteur ou de complice¹²) et/ou enfin aux modalités du passage à l'acte (préméditation, usage ou menace d'une arme¹³). L'exercice habituel des violences sur les personnes vulnérables accroît encore la lourdeur de la sanction, manifestation évidente et supplémentaire du profond attachement du législateur en faveur de la protection des plus faibles d'entre nous¹⁴.

L'échelle de gravité des violences est vaste puisqu'elle recouvre tant les violences dites « légères » qui n'entraînent aucune incapacité totale de travail et sont assimilées aux contraventions de 4^e classe¹⁵ que les violences les plus graves provoquant la mort sans intention de la donner. L'existence de l'intention permet de requalifier l'infraction en meurtre ou assassinat. Deux dernières infractions sont incriminées au titre de la violence par le droit pénal :

- il s'agit de l'administration de substances nuisibles ayant porté atteinte à l'intégrité physique ou psychique d'autrui¹⁶ ;
- et des appels téléphoniques malveillants ou des agressions sonores répétées en vue de troubler la tranquillité d'autrui¹⁷.

La violence dont il vient d'être fait état est celle qui relève de la qualification du Code civil et pénal. Il s'agit d'une définition légale de la violence, entendue au sens strict. Néanmoins, l'irruption dans les services de soins des phénomènes d'agressivité et de violence, dénoncée de façon récurrente par les acteurs de terrain, fait davantage songer à un climat général d'insécurité pour les patients qui touche

ou encore aux conditions du passage à l'acte (art. 222-13 C.pén.). Ces circonstances aggravantes alourdissent considérablement la peine de prison qui passe par exemple de quinze à vingt ans de réclusion criminelle lorsque les violences ont entraîné la mort sans intention de la donner (art. 222-7 et 222-8 C.pén.).

⁹ cf. 1^o et 2^o des art. 222-8, 222-10, 222-12 et 222-13 C.pén.

¹⁰ cf. 4^o des art. 222-8, 222-10, 222-12 et 222-13 C.pén.

¹¹ cf. 7^o des art. 222-8, 222-10, 222-12 et 222-13 C.pén.

¹² cf. 8^o des art. 222-8, 222-10, 222-12 et 222-13 C.pén.

¹³ cf. 9^o et 10 des art. 222-8, 222-10, 222-12 et 222-13 C.pén.

¹⁴ Art. 222-14 C. pén.

¹⁵ Art. R. 624-1 C. pén.

¹⁶ Art. 222-15 C.pén.

¹⁷ Art. 222-16 C.pén.

⁶ Cass. Civ. 1^{re}, 22 avr. 1986, Bull. civ. I, n^o 98.

⁷ Cass. Civ. 3^e, 19 févr. 1969, Bull. civ. III, n^o 157.

⁸ À titre d'exemple, tandis que les violences volontaires ayant entraîné une incapacité totale de travail d'une durée inférieure ou égale à huit jours sont punies de l'amende prévue pour les contraventions de 5^e classe (art. R 625-1 C.pén.), les peines sont portées à trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende lorsqu'elles sont commises dans des circonstances susvisées tenant à la victime (cf. notamment sur un mineur de quinze ans ou sur une personne particulièrement vulnérable aux yeux de la loi), à l'auteur

aujourd'hui aussi les soignants. Il est constitué d'un ensemble des comportements, d'actes et de gestes et paroles quotidiens déplacés, inappropriés et répréhensibles du seul fait qu'ils contreviennent à la finalité de la médecine, aux règles déontologiques et simplement au devoir de respect réciproque entre chacun des protagonistes. Au-delà de la définition de la violence aux yeux de la loi et sanctionnée comme telle, c'est donc vers une conception plus large de la violence qu'il faut s'orienter, incontestablement plus fidèle à la réalité du milieu hospitalier et de la pratique de la médecine.

2. La violence au sens large

La conception large de la violence s'appuie sur la diversité des formes d'atteintes à l'intégrité en milieu hospitalier (a) ainsi qu'à la pluralité des fondements des poursuites qui en résulte (b).

a) De la diversité des formes d'atteintes à l'intégrité en milieu hospitalier

2.1. De la violence morale à la violence architecturale

Une enquête sur les violences institutionnelles témoigne de leur diversité¹⁸. Réalisée dans le domaine de la gériatrie, il est vrai qu'elle comporte certaines spécificités attachées au caractère de particulière vulnérabilité des personnes âgées. Pourtant, il semble raisonnable de penser que la plupart des résultats peuvent être étendus à l'ensemble des établissements de santé. Ont été recensées les violences morales, les violences par excès ou négligences, les violences physiques et les violences matérielles et architecturales.

Les violences morales sont constituées des violences verbales (ordres¹⁹, interdictions, reproches...), psychologiques (le manque d'écoute et le non-respect du rythme²⁰, indifférence, manque de dignité, d'intimité...) et parfois sociologiques (la privation de liberté²¹, placement arbitraire...).

Les violences par excès et négligences peuvent être passives (absence de prise en compte des capacités²², absence de communication, de prise en compte de la douleur...), actives (le manque d'aide à la marche²³, absences d'aides, manque d'hygiène...) ou concerner la thérapeutique ou le diagnostic (acharnement thérapeutique, excès de médicaments, absence de prise en compte de la douleur).

Les violences physiques sont constituées de toilettes imposées²⁴, d'excès de calmants, de coups, plus rarement de sévices sexuels...

Enfin les violences matérielles sont constituées des vols d'argent ou d'objets, du matériel inadapté, tandis que les violences architecturales concernent les locaux inadaptés (chambres doubles et manque d'intimité qui en résulte notamment).

2.2. Une forme particulière de violence morale : le non-respect du consentement du malade

a) La reconnaissance d'une clause de conscience du patient

La question du non-respect du consentement est sans aucun doute celle qui fait l'objet des plus âpres discussions entre usagers et soignants. La qualification de violence invoquée par les uns et décriée par les autres résulte évidemment de la confrontation entre le principe de liberté individuelle et la finalité de l'exercice médical qui demeure la sauvegarde de la vie humaine. Bien que l'évolution des mentalités soit aujourd'hui indéniable, il fut un temps où les médecins ne se préoccupaient guère de la volonté des patients. Au milieu du 20^e siècle, l'un de leur pair n'avait-il pas écrit : « *le patient n'est qu'un jouet à peu près complètement aveugle, très douloureux et essentiellement passif* »²⁵. C'est donc pour assurer le respect des droits de la personne, parmi lesquels le respect de la volonté apparaît sans doute comme le plus fondamental, mais aussi pour contrer ce qui a parfois été qualifié de « paternalisme médical excessif », que la jurisprudence contemporaine a reconnu une sorte de « clause de conscience du patient ». Plusieurs droits lui sont reconnus à ce titre : celui de consentir aux actes médicaux, celui de revenir sur son consentement, enfin celui de les refuser purement et simplement. Le droit au refus²⁶, c'est le fameux « *noli me tangere* », paroles de Jésus à Marie-Madelaine²⁷. Il n'est pas inconsidéré de parler de « clause de conscience » à l'instar de celle du médecin, dès lors qu'« *elle repose sur un conflit nietzschéen opposant la morale et la vie* »²⁸. C'est le cas des témoins de Jéhovah qui refusent le recours à la transfusion sanguine, privilégiant la mort sur la violation de leurs convictions religieuses. Le principe du consentement à l'acte médical, introduit dans le Code civil dans le cadre des lois bioéthiques du 29 juillet 1994 a été banalisé et étendu à l'ensemble des activités médicales. Le législateur l'a conçu pour le malade comme un véritable « *pouvoir de décision concernant sa santé* »²⁹ et l'art. 16-3 al. 2 C.civ. précise que « *le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir* ». Il entre dans le cadre des dispositions relatives au respect de l'être humain et de son corps. La loi du 4 mars

¹⁸ Enquête réalisée dans les institutions pour personnes âgées et analysée par Mme M. Mallier, in Revue de l'infirmière, n° 42, oct. 1998, pp. 22 et s. cf. les développements de son mémoire de Diplôme Universitaire de Gérontologie Sociale, Nantes, 1997 sur *Les violences institutionnelles envers les personnes âgées : identifier les responsabilités pour mieux prévenir les risques*.

¹⁹ 1^{re} violence verbale pour les personnes âgées (46 %)

²⁰ 1^{re} violence psychologique pour les personnes âgées (65 %)

²¹ 1^{re} violence sociologique pour les personnes âgées (30 %)

²² 1^{re} violence par négligence passive pour les personnes âgées (45 %)

²³ 1^{re} violence par négligence active pour les personnes âgées (44 %)

²⁴ 1^{re} violence physique pour les personnes âgées (30 %)

²⁵ Portès, Bulletin du Conseil de l'Ordre, 1950, n° 4, pp. 255 et s.

²⁶ Sur cette question, cf. L. Dubouis, « Le refus de soins : qui du patient ou du médecin, doit arbitrer entre la vie et Dieu ? », note sous CE 26 oct. 2001, RDSS 2002, n° 1, p. 41.

²⁷ Ne me touche pas, Jean XX, 17.

²⁸ A. Durbon, *Philosophie de la pensée*, PUF, 1935.

²⁹ B. Mathieu, préc., p. 16.

2002 sur les droits des malades et la qualité du système de santé se montre encore plus claire et directive sur ce sujet³⁰.

b) La jurisprudence du refus de consentement

Son analyse est particulièrement instructive. Elle reflète sans nul doute la place de plus en plus prépondérante reconnue au consentement de la personne, indépendamment de toutes autres considérations, même légitimes aux yeux des professionnels. Certains y voient d'ailleurs « *une évolution qui tend à faire du droit à la vie un droit second* »³¹. Dans les années 1970 et 1980, la jurisprudence civile et administrative assure le respect du refus de consentement du malade. En conséquence, le médecin n'est pas condamné pour ne pas avoir prodigué les soins nécessaires. C'est en ce sens que se prononce la Chambre criminelle de la Cour de cassation le 3 janvier 1973³² en jugeant que le médecin ne commet aucune infraction en respectant le refus du patient. En l'espèce, un médecin s'était heurté au refus d'une malade agressive qui avait signé une attestation confirmant ce refus. À la suite de son décès, le médecin était poursuivi par les héritiers pour homicide involontaire et non assistance à personne en danger. La Cour de cassation confirme la relaxe fondée sur le refus de soins obstiné de la patiente. De même, le Conseil d'État le 6 mars 1981³³ annule une décision du Conseil national de l'Ordre des médecins qui avait condamné un praticien pour faute professionnelle. Ce dernier n'avait prodigué que des soins palliatifs à une malade atteinte d'un cancer du col de l'utérin qui refusait obstinément toute autre forme de thérapie. Le 29 juillet 1994, dans l'arrêt Garnier³⁴, le Conseil d'État, tout en préservant le droit au refus du patient, en précise les limites³⁵. En effet, l'existence du droit au refus est conditionnée par la mise en œuvre par le médecin de « *tous les moyens de nature à faire prendre conscience au patient la véritable mesure des conséquences de son acte* »³⁶.

³⁰ Art. L. 1111-4 C. santé publ. : « *Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé (al. 1^{er}). Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables (al. 2). Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment (al. 3)...* ».

³¹ B. Mathieu, id.

³² Cass. crim., 3 janv 1973 : D.1974. 591, note Levasseur.

³³ CE 6 mars 1981 : Rec.CE 133 ; RDSS 1981. 407, note Dubouis, concl. Labetoulle.

³⁴ CE 29 juill. 1994 : RDSS 1995. 57, note Dubouis ; Gaz.Pal. 12-13 juill 1995, note Garay.

³⁵ En l'espèce, est reconnu coupable d'une faute disciplinairement sanctionnable le fait pour un médecin de n'avoir administré que des remèdes illusoire à une patiente atteinte d'un cancer refusant tout traitement, et de ne l'avoir adressé à un médecin spécialiste en cancérologie qu'au stade terminal de sa maladie.

³⁶ J. Penneau, « *L'incidence du consentement sur la responsabilité juridique des médecins* », in *Consentement éclairé et transfusion sanguine* sous la direction de S. Gromb et A. Garay, E.N.S.P. 1996, p. 29.

Ce n'est qu'à partir de 2001 que le conseil d'État allait troubler le paysage serein de la jurisprudence³⁷, lors d'une décision rendue à propos des témoins de Jéhovah³⁸. Dans cette affaire, plusieurs transfusions sanguines indispensables à la survie d'un patient témoin de Jéhovah furent pratiquées à l'encontre de sa volonté exprimée en toute lucidité quelques jours avant son décès. Tandis que le médecin était assigné en justice par la veuve qui invoquait le préjudice pour son mari résultant de la méconnaissance de sa volonté, le Tribunal administratif et la Cour administrative d'appel refusèrent de condamner le médecin. Dans cet arrêt du 9 juin 1998, la Cour d'appel a considéré qu'en cas d'urgence vitale et en l'absence d'alternative thérapeutique, le praticien a l'obligation de déroger au principe selon lequel il doit toujours respecter la volonté du malade en état de s'exprimer. Doivent alors être pratiqués les actes indispensables à la survie du patient et proportionnés à son état³⁹. Si le Conseil d'État dans son arrêt du 26 octobre 2001 refuse de condamner les médecins « *compte tenu de la situation extrême dans laquelle se trouvait le patient* », il retient néanmoins l'erreur de droit des magistrats. En effet, l'obligation pour le médecin de sauver la vie ne saurait prévaloir de façon générale sur celle de respecter la volonté du malade. Tout dépend des faits d'espèces. Il s'agit donc d'une « *application circonstanciée du principe de l'autonomie de la volonté du patient et de celui imposant au médecin de sauver la vie* »⁴⁰.

En d'autres termes, il résulte de cette décision du 26 octobre 2001 qu'en cas d'urgence vitale, le médecin n'a ni l'obligation de respecter le refus du malade, ni celle de sauver sa vie à l'encontre de sa volonté. Il dispose du choix de décider en conscience, et tient compte notamment de ses entretiens antérieurs avec le patient si ce dernier était en état de s'exprimer. Les seules réserves posées par la Haute Juridiction concernent la finalité de l'acte nécessairement accompli « *dans le seul but de sauver la vie* » ainsi que la nature de l'acte « *indispensable à la survie* » et « *proportionné à son état* »⁴¹. La conséquence directe pour le médecin réside dans

³⁷ J. Bonneau, « *La clause de conscience et le droit médical* », Gaz. Pal. juin 2002. 25.

³⁸ cf. L. Dubouis, note sous C.E. 26 oct. 2001, op. cit. ; AJDA 2002. 259, note Deguerge.

³⁹ CAA Paris, 9 juin 1998, D.1999.277, note Pélissier ; RFD adm. 1998. 1231, concl. Heers : « *L'obligation faite au médecin de toujours respecter la volonté du malade en état de l'exprimer trouve sa limite dans l'obligation qu'a également le médecin, conformément à la finalité même de son activité de protéger la santé, c'est-à-dire en dernier ressort, la vie elle-même de l'individu. Que par suite, ne saurait être qualifié de fautif le comportement des médecins qui dans une situation d'urgence lorsque le pronostic vital est en jeu et en l'absence d'alternative thérapeutique, pratiquent les actes indispensables à la survie du patient...fut-ce en pleine connaissance de la volonté préalablement exprimée par celui-ci de les refuser pour quelque motif que ce soit* ».

⁴⁰ F. Frion, commentaire du CE 26 oct. 2001, Gaz. Pal. 2002.

⁴¹ Dans son arrêt du 26 oct. 2001, le Conseil d'État admet que le choix du médecin d'accomplir un acte indispensable à la survie du patient et proportionné à son état, compte tenu de la situation extrême dans laquelle il se trouvait, ne constituait pas, malgré l'obligation de respecter sa volonté, une faute.

son absence de responsabilité, qu'il respecte ou non le refus du malade.

De toute évidence, tandis que le dernier état de la jurisprudence satisfaisait peu ou prou le corps médical, la loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades et la qualité du système de santé restreint manifestement la marge de manœuvre du praticien en consacrant le pouvoir décisionnel du patient. Ainsi, « aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment »⁴². Si la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, « aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'art. L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté »⁴³. Face au pouvoir décisionnel du malade, reconnaissance indiscutable de sa liberté individuelle et de son libre-arbitre, le médecin ne se voit plus reconnaître désormais qu'un simple « pouvoir de conseil renforcé »⁴⁴. C'est ainsi qu'il « doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables ». Il ne s'agit là évidemment que d'une obligation de moyens. Le texte n'envisage pas la faculté pour le médecin d'outrepasser le refus de soins du patient⁴⁵. De surcroît, l'interprétation stricte du texte et l'esprit de la loi conduisent à penser, comme Bertrand Mathieu⁴⁶, que le médecin « ne peut plus passer outre le refus de consentement, même en cas d'urgence vitale ». Ainsi, cette nouvelle loi, « plus directive ... prive le médecin du choix que lui laissait implicitement le Conseil d'État et lui enjoint de faire prévaloir son obligation de respecter la volonté du patient sur son devoir de sauver la vie ». En pratique, le médecin, après avoir tenté de convaincre le patient lors d'un entretien individuel, est tenu de respecter son refus de consentement, indépendamment d'un contexte d'urgence ultérieur. Il pourrait bien s'agir là d'un retour au premier état de la jurisprudence, telle qu'elle était rendue avant 2001.

Dans un arrêt postérieur à l'entrée en vigueur de la loi, rendu le 16 août 2002, il est néanmoins intéressant de remarquer que le Conseil d'État maintient sa position relative au contexte d'urgence vitale. En effet, tout en reconnaissant le caractère de liberté fondamentale du droit de consentir (et de refus de consentir), il admet que l'acte accompli en cas d'urgence vitale, sous réserve qu'il soit indispensable à la

survie et proportionné à l'état du patient, ne porte pas une atteinte grave et manifestement illégale à cette liberté.

Toutefois, le jugement rendu par le Tribunal administratif de Lille quelques jours plus tard témoigne du souci des magistrats de coller au plus près de l'esprit de la nouvelle loi, et de sanctionner le non-respect de la volonté du patient et l'atteinte à sa liberté individuelle, dès lors que les conditions restrictives liées à l'exception d'urgence vitale ne sont pas remplies. C'est ainsi que l'hôpital de Valenciennes a été condamné le 25 août 2002⁴⁷ pour avoir dérogé au refus de transfusion sanguine d'une patiente témoin de Jéhovah, les médecins n'ayant pas établi que le refus de respecter la volonté de la patiente serait rendu nécessaire du fait d'un danger immédiat pour sa vie. Dès lors, ce non-respect est constitutif aux yeux des juges d'« une atteinte grave et manifestement illégale au principe de l'inviolabilité du corps humain qui se rattache au principe constitutionnel de la sauvegarde de la personne humaine et de la liberté individuelle ». L'injonction faite au centre hospitalier de ne plus procéder à une nouvelle transfusion sanguine est une décision sans nul doute extrêmement choquante pour la plupart du personnel soignant, d'autant plus qu'il s'agissait en l'espèce d'une jeune accouchée que les médecins avaient tenté de convaincre durant de longues heures. Pourtant, peut-on reprocher au droit de faire primer le respect de la volonté et du libre-arbitre, droit sacré de tout être humain, partie intégrante de sa liberté individuelle, indépendamment de tout jugement de conscience sur la nature de telle conviction religieuse ou pas et si insensée que puisse paraître la décision du principal intéressé ? La solution rendue à propos des témoins de Jéhovah avait été clairement évoquée lors des débats parlementaires. Saisie de la question par un député, Mme le Ministre de la santé avait répondu : « Il n'est pas question de transfuser quelqu'un qui le refuse pour quelque raison que ce soit. Cela ne devient possible que lorsque la vie est en danger et que le malade ne peut ni refuser ni consentir comme c'est le cas dans le coma »⁴⁸. En dehors de ce contexte de danger, la seule solution résiderait dans la possibilité d'établir que le refus de consentement n'est pas libre, ce qui supposerait de démontrer l'existence d'un trouble du discernement ou l'existence de pressions extérieures avérées. Toute la difficulté réside alors dans la réunion d'éléments de preuve.

Finalement, tandis que le Conseil d'État jugeait en 2001 que les transfusions sanguines administrées à l'encontre de la volonté de l'intéressé en cas d'urgence vitale « ne sauraient constituer un traitement inhumain ou dégradant (...) au sens des dispositions de la Convention européenne des droits de l'homme », le non-respect de la volonté d'une personne lucide pourrait bien, hors de ce contexte spécifique, et depuis la loi du 4 mars 2002, être considéré comme constituant une violence morale illégitime et répréhensible.

⁴² Article L. 1111 .4 alinéa 3 C. santé publ.

⁴³ Article L. 1111.4 alinéa 4 C. santé publ.

⁴⁴ B. Mathieu, « Les droits des personnes malades », préc., p. 16.

⁴⁵ La Cour de cassation (Cass. civ. 1^{re}, 18 janv. 2001, D. 2001. 3559, note M.-L. Mathieu-Izorche) a déjà jugé que si le médecin doit tenter de convaincre le malade, il n'est en revanche pas tenu d'y réussir. Cette décision rendue à propos de l'information sur le danger de l'acte médical pourrait valoir pour le refus de soins (B. Mathieu, *ibid.*).

⁴⁶ B. Mathieu, *ibid.*

⁴⁷ TA Lille, réf., 25 août 2002, n° 02-3138.

⁴⁸ Déb. parl. Ass. Nat., 3 oct. 2001, J.O. 4 oct. 2001, p. 5448.

c) Des terminologies voisines

À ce point de l'étude relative aux différentes formes d'atteintes à l'intégrité apparaît une difficulté supplémentaire liée à l'emploi d'une terminologie parallèle dans le langage des usagers et soignants. Les termes d'agressivité, de négligences, d'abus ou encore de maltraitements sont utilisés indifféremment pour désigner des comportements similaires. Chacun d'eux répond pourtant à une définition propre, et s'ils correspondent à une même réalité, ils ne se distinguent pas moins de la violence prise en tant qu'« acte de force brutale dépassant les limites autorisées par la loi ».

L'agressivité vient du latin *ad gradere*, marcher vers. Son étymologie renvoie au latin *agressio*, qui signifie attaque. Elle est définie comme « une tendance à attaquer, une forme de déséquilibre se traduisant par une hostilité permanente à l'égard d'autrui »⁴⁹. Elle est encore « une tendance, une disposition à, une qualité de l'être humain. Elle n'est pas une action mais un trait de caractère ou de personnalité de l'individu lui-même qui le rend plus vulnérable à l'agression. C'est cette disposition à un comportement agressif qui dans le passage à l'acte deviendrait la violence »⁵⁰. Dirigée contre un individu ou contre soi-même, elle vise à nuire, à faire mal. Elle peut être directe ou indirecte lorsqu'elle touche des objets appartenant à la personne visée. Comportement de défense⁵¹, elle s'inscrit dans la durée. Dans cette acception, la différence entre l'agressivité et la violence résiderait dans le passage à l'acte. En outre, tandis que l'agressivité s'exprime uniquement dans un rapport de personne à personne, la violence peut caractériser des situations⁵².

La négligence correspondrait davantage à « l'action, le fait de ne pas se soucier de quelqu'un ; le manque d'égards, d'attentions, la désinvolture envers quelqu'un »⁵³ « l'omission d'un acte avec ou sans volonté de nuire (ignorance ou incapacité) qui cause du tort ou du mal à la personne », Des auteurs ajoutent l'auto négligence, blessures que la personne s'inflige à elle-même et l'incapacité de voir ses propres besoins, chez les personnes âgées notamment⁵⁴.

En revanche, l'abus vise « l'action d'abuser de quelque chose, l'usage mauvais, excessif d'une chose »⁵⁵, « une mauvaise coutume qui s'est établie »⁵⁶. L'abus serait un concept se rapportant à des actes plus sérieux que la négligence, impliquant impérativement l'intentionnalité et l'intervention active de l'auteur à la différence de la négligence qui

sous-tendrait une certaine passivité⁵⁷. Enfin il y a abus d'autorité lorsqu'un professionnel abuse de son statut pour imposer à l'autre une décision ou le fait pour un aidant naturel de se trouver en position de force à l'égard d'une personne affaiblie.

Enfin, la maltraitance suppose un traitement brutal, inhumain, des brimades physiques ou en paroles, le rabaissement d'une personne à l'état d'une chose. Tout comportement de maltraitance implique une violence, celle qui viole l'humain en soi et en l'autre, avec perte de dignité pour celui qui maltraite comme pour celui qui est maltraité⁵⁸. Selon Monique Mallier, le terme de maltraitance opère un rapprochement entre les notions d'abus (intentionnalité) et de violence (passage à l'acte)⁵⁹. Aujourd'hui, le terme de maltraitance est le plus souvent employé à l'égard des personnes âgées ou des enfants.

Chacune de ces attitudes comportant une certaine part de violence, le législateur a conservé cette dernière comme critère-clé des atteintes à l'intégrité. Il a toutefois admis la différence entre ces concepts en incriminant spécifiquement certains d'entre eux en droit pénal. La multiplication des qualifications aboutit fort logiquement à l'extension du champ d'application des poursuites par une pluralité de leurs fondements.

b) La pluralité des fondements possibles des poursuites

Il faut immédiatement souligner que toutes les formes de violences et d'atteintes à l'intégrité physique et/ou morale ne sont pas sanctionnées par la loi. Tel est notamment le cas des restrictions aux libertés imposées par le fonctionnement de l'établissement de santé, au particularisme du malade ou à une disposition d'ordre public (malade mental, mineur, détenu, vaccinations obligatoires...). Un autre exemple évident réside dans l'atteinte à l'intégrité corporelle justifiée par la nécessité thérapeutique, exception au principe du respect de l'intégrité du corps humain posé par l'article 16-3 al. 1^{er} C.civ. Il s'agit là d'une violence dite légitime, de par la finalité thérapeutique et parce qu'elle sert l'intérêt du malade. Elle demeure toutefois subordonnée rappelons-le au recueil du consentement de la victime sauf en cas d'urgence et d'inconscience. À l'inverse, le consentement du patient n'a aucune valeur aux yeux du droit, dès lors que la violence est considérée comme illégitime. L'exemple le plus classique réside aujourd'hui dans l'incrimination d'euthanasie pour laquelle le consentement du malade n'a aucune portée juridique.

Parmi les formes de violence appréhendées et sanctionnées par le droit, la violence au sens strict est poursuivie sur le fondement des articles 1111 à 1115 C. civ et des articles 222-7 à 222-16-1 C.pén.. Mais les autres formes d'atteintes à l'intégrité physique et morale, qui ont cours en milieu hospitalier et relèvent de la violence au sens large, peuvent être

⁴⁹ Larousse, V° Agressivité

⁵⁰ M. Mallier, préc. p. 26.

⁵¹ Selon I. Donnio (« Les maltraitements et les violences : l'émergence d'un problème gérontologique », in dossier documentaire *Maltraitance et personnes âgées*, ENSP, 2001), l'agressivité peut présenter des aspects positifs, il faut néanmoins éviter qu'elle ne soit destructrice.

⁵² Id.

⁵³ Le Robert, V° Négligence

⁵⁴ I. Donnio, préc.

⁵⁵ Le Robert, V° abus

⁵⁶ Larousse, V° abus

⁵⁷ En ce sens, cf. M. Mallier, id.

⁵⁸ *ibid.*

⁵⁹ *ibid.*

réprimées sur bien d'autres fondements juridiques. Le premier d'entre eux fait appel au principe général de respect de la personne humaine et de sa dignité. Les autres constituent des incriminations spécifiques du Code pénal.

a) La protection de la personne et de sa dignité

Au sens large, la violence recouvre toutes les atteintes portées à la personne, entité composée du corps et de l'esprit, mais également à ses biens. Dans son acception générale, qui renvoie à une image de souffrance et de douleur physique et/ou psychique, la violence peut être poursuivie et sanctionnée en ce qu'elle apparaît comme une violation directe des principes de respect de la personne, de son corps et de sa dignité, proclamés dans les articles 16 et suivants du Code civil⁶⁰ issus des lois bioéthiques du 29 juillet 1994 et auxquels le Conseil constitutionnel a reconnu valeur constitutionnelle⁶¹. La protection de la personne est garantie par de nombreux textes internes et internationaux, telle la Convention européenne des droits de l'Homme de 1950. C'est ainsi que la Cour européenne des droits de l'Homme a eu à maintes fois l'occasion de sanctionner la violence sous ses formes les plus diverses au nom du droit à la dignité, alors qu'étaient constatées des souffrances morales, des atteintes et souffrances physiques, des humiliations ou autres discriminations.

La protection de la personne humaine était l'une des orientations fondamentales du nouveau Code pénal de 1994. L'exposé des motifs du projet de loi est explicite sur ce point : « *le code pénal doit prendre pour fin première la défense de la personne humaine et tendre à assurer son plein épanouissement en la protégeant contre toutes atteintes, qu'elles visent sa vie, son corps, ses libertés, sa sûreté, sa dignité, son environnement. Pour exprimer les valeurs de notre temps, le nouveau Code pénal doit être un code humaniste, un code inspiré par les droits de l'homme* ».

b) Les autres incriminations du Code pénal

Elles visent les atteintes à la personne physique et aux biens. Il existe six catégories d'atteintes à la personne physique. Parmi les plus graves figurent d'abord les atteintes à la vie, qu'elles soient volontaires (meurtre « simple »⁶² et « aggravé » avec préméditation, sur une personne particulièrement vulnérable...⁶³) ou involontaires (le caractère involontaire est qualifié par le législateur en termes identiques quelle que soit la nature de l'infraction. Ainsi l'art. 221-6 C.pén. évoque t-il « *Le fait de causer, dans les conditions et selon les distinctions prévues à l'article 121-3, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou*

le règlement, la mort d'autrui constitue un homicide involontaire puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende. En cas de violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement, les peines encourues sont portées à cinq ans d'emprisonnement et à 75 000 euros d'amende »⁶⁴).

La deuxième série d'infractions concerne les « atteintes à l'intégrité physique ou psychique ». Elles comprennent les atteintes volontaires (hormis les violences : tortures et actes de barbarie⁶⁵ et menaces de commettre un crime ou un délit⁶⁶), les atteintes involontaires (causant une interruption temporaire de travail supérieure à trois mois⁶⁷ ou inférieure ou égale à trois mois⁶⁸), enfin les agressions sexuelles (viol⁶⁹, autres agressions sexuelles⁷⁰, harcèlement sexuel⁷¹ et moral⁷²).

La troisième incrimination vise la mise en danger de la personne. Il s'agit des risques causés à autrui⁷³, du délaissement d'une personne hors d'état de se protéger⁷⁴, de l'entrave aux mesures d'assistance et de l'omission de porter secours⁷⁵, de l'interruption illégale de grossesse⁷⁶, de la provocation au suicide⁷⁷ ou encore de l'abus frauduleux de l'état d'ignorance ou de faiblesse d'une personne particulièrement vulnérable⁷⁸ dont le malade offre une parfaite illustration.

⁶⁴ Article modifié par la loi n° 2000-647 du 10 juill. 2000.

⁶⁵ Art. 222-1 C.pén.

⁶⁶ Art. 222-17 et s. C.pén.

⁶⁷ Art. 222-19 C.pén. : infraction punie de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros (al. 1^{er}) et de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende en cas de violation manifestement délibérée (al. 2).

⁶⁸ Art. 222-20 C.pén. : infraction punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende qui suppose une violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de sécurité imposée par la loi ou le règlement.

⁶⁹ Art. 222-23 et s. C.pén.

⁷⁰ Art. 222-27 et s. C.pén.

⁷¹ Art. 222-33 et s. C.pén.

⁷² Art. 222-33-2 C.pén. issu de la loi n° 2002-73 du 17 janv. 2002.

⁷³ L'art. 223-1 C.pén. vise « *le fait d'exposer directement autrui à un risque immédiat de mort ou de blessures de nature à entraîner une mutilation ou une infirmité permanente par la violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement* (qui) est puni d'un an d'emprisonnement et 15 000 euros d'amende ».

⁷⁴ L'art. 223-3 C.pén. incrimine « *le délaissement, en un lieu quelconque, d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique* (qui) est puni d'un an d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende » et art. 223-5 C.pén.

⁷⁵ Art. 223-5 et 223-6 C.pén.

⁷⁶ L'art. 223-10 C.pén. punit de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende quiconque interrompt la grossesse sans le consentement de l'intéressée.

⁷⁷ Art. 223-13 C. pén.

⁷⁸ Art. 223-15-2 : il s'agit là d'une nouvelle incrimination issue de la loi n° 2001-504 du 12 juin 2001 qui vise la situation de vulnérabilité des personnes due notamment à une déficience physique ou psychique et qui sont conduites à accomplir ou à s'abstenir d'accomplir un acte à leur détriment.

⁶⁰ Art. 16 C.civ. : « *La loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie* ». Art. 16-1 C.civ. : « *Chacun a droit au respect de son corps. Le corps humain est inviolable (...)* ».

⁶¹ Conseil constitutionnel, 27 juillet 1994, D. 1995. 237, note Mathieu : « *La sauvegarde de la dignité de la personne humaine contre toute forme d'asservissement et de dégradation est un principe à valeur constitutionnel* ».

⁶² Art. 221-1 C.pén.

⁶³ Art. 221-2 à 4 C.pén.

Les quatrièmes incriminations concernent les atteintes à la liberté de la personne (enlèvement, séquestrations⁷⁹).

En 5^e lieu, sont sanctionnées les atteintes à la dignité de la personne qui comportent les discriminations (notamment en raison de l'état de santé⁸⁰), les conditions d'hébergement contraires à la dignité⁸¹, ce qui peut recouvrir les conditions de vie au sein de l'établissement hospitalier.

En 6^e et dernier lieu sont réprimées les atteintes à la personnalité. Elles comptent les atteintes à la vie privée⁸² (qui recouvre l'état de santé, l'image, la parole, le domicile et à ce titre la chambre d'hôpital⁸³), à la représentation de la personne, au secret (est naturellement visé le secret médical)⁸⁴, aux droits résultants des fichiers informatiques⁸⁵, enfin les dénonciations calomnieuses (qui pourraient émaner d'un patient ou d'un membre de l'équipe médicale)⁸⁶

Mais dans le cadre de la violence au sens large, le législateur a également envisagé celle qui portait atteinte aux biens et dont se plaignent bon nombre de malades hospitalisés. Parmi les crimes et délits contre les biens figurent d'une part les appropriations frauduleuses (vol simple et aggravé s'il est facilité par l'état d'une personne particulièrement vulnérable ou réalisé avec violence⁸⁷, extorsion⁸⁸ et chantage⁸⁹, escroquerie et infractions voisines⁹⁰ ou encore détournements tel l'abus de confiance⁹¹). Il existe d'autre part les autres atteintes aux biens (recel⁹², dégradations⁹³).

Bien que cette énumération puisse paraître fastidieuse, elle n'en était pas moins nécessaire. Sans vouloir stigmatiser les actes de violences, elle a pour finalité de faire prendre conscience au personnel soignant, comme aux patients, de l'extrême diversité des incriminations potentielles dans le cadre du vécu quotidien à l'hôpital. Cette conception certes large de la violence ne se défend pas moins et paraît en outre difficilement contestable au regard de la pratique. Il faut désormais s'intéresser aux victimes de cette violence aux multiples visages.

B. Les victimes de la violence

Si la violence en milieu hospitalier est multiforme de par sa nature, elle l'est encore s'agissant de ses acteurs. La grande majorité des écrits sur la question évoquent la violence dont

sont victimes les usagers des services de soins, c'est-à-dire les patients. Ces derniers peuvent être violents à l'encontre des autres malades, voire contre eux-mêmes. Par ailleurs, on a beaucoup parlé ces dernières années des violences commises par le personnel médical et paramédical et notamment du phénomène de maltraitance des personnes âgées. Mais réciproquement apparaissent aussi depuis quelques années des témoignages faisant état d'une souffrance du « corps » soignant. Qu'il s'agisse du patient ou du soignant (2), les victimes sont avant tout des personnes vulnérables (1).

1) Des personnes vulnérables

Avant d'évoquer le sort respectif des usagers et soignants, et puisque les victimes de la violence sont avant tout des personnes vulnérables, il est important de préciser brièvement la notion de vulnérabilité, tant son contenu est « variable », et susceptible de degré divers. Caractère de ce qui est vulnérable, du latin *vulnerabilis*, de *vulnerare*, elle incarne « ce qui peut être blessé, atteint, frappé »⁹⁴ par un mal physique ou moral. Elle renvoie aux notions de fragilité et de besoin de protection. Elle préexiste aux relations humaines puisqu'elle est « un état en soi, indépendant de toute confrontation à autrui, mais qui fragilise l'intéressé dans ses rapports avec autrui »⁹⁵. Elle recouvre des réalités extrêmement diverses puisqu'elle peut être liée à des éléments intrinsèques (âge, état physique ou psychique) ou extrinsèques (situations de dépendance, de subordination). Elle constitue en réalité une « situation de fait causée par une précarité économique, matérielle, physique et/ou psychologique »⁹⁶. Si la vulnérabilité n'est pas une pathologie, la pathologie engendre une certaine forme de vulnérabilité. Si la vulnérabilité ne signifie pas inégalité, elle n'y est pas non plus totalement étrangère puisqu'elle n'est « que le résultat d'un déséquilibre excessif dans un rapport de force inégal »⁹⁷. La définition de la vulnérabilité ne serait pas complète sans la détermination des personnes vulnérables. Prise dans son sens commun, la définition permet d'entrevoir les principales victimes que sont la veuve et l'orphelin, le vieillard et l'*infans*, les handicapés, malades physiques et/ou mentaux ou encore exclus sociaux. À cette énumération non exhaustive vient s'adjoindre « tout être dépourvu de moyens suffisants pour affronter seul et sans risque les vicissitudes de la vie »⁹⁸. Les hypothèses de vulnérabilité ne cessent de se multiplier, et si le groupe ne lui donne pas naissance, il « favorise l'expression de la vulnérabilité dans ses différentes formes ». Ainsi, bien qu'il soit « source de protection, il peut par ailleurs alimenter cette fragilité »⁹⁹. La société a érigé la vulnérabilité au premier plan de ses préoccupations, ce qui explique le large recours à ce terme, comme l'illustre le droit pénal.

⁷⁹ Art. 224-1 et s. C.pén.

⁸⁰ Art. 225-1 C.pén.

⁸¹ Art. 225-14 C.pén.

⁸² Art. 226-1 et s. C.pén.

⁸³ À propos de la tentative de photographier une actrice blessée sur son lit d'hôpital, cf. Paris, 17 mars 1986, Gaz. Pal. 1986. 2. 429.

⁸⁴ L'art. 226-13 C.pén. vise plus généralement l'atteinte au secret professionnel. Cf. M.-L. Rassat, D. 1989. 107 et C. Daver, « La télé-médecine, entre progrès techniques et responsabilités », D. 2000, chron. 527. »

⁸⁵ Art. 226-16 et s. C.pén.

⁸⁶ Art. 226-10 C.pén.

⁸⁷ Art. 311-1 et s. C.pén.

⁸⁸ Art. 312-1 et s. C.pén.

⁸⁹ Art. 312-10 et s. C.pén.

⁹⁰ Art. 313-1 et s. C.pén.

⁹¹ Art. 314-1 et s. C.pén.

⁹² Art. 321-1 et s. C.pén.

⁹³ Art. 322-1 et s. C.pén.

⁹⁴ Le Robert, Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française, v° *Vulnérabilité*.

⁹⁵ F. Fiechter-Boulvard, « La notion de vulnérabilité et sa consécration par le droit », in *Vulnérabilité et droit : le développement de la vulnérabilité et ses enjeux en droit*, PUG, 2000, p. 20.

⁹⁶ C. Ribot, « La vulnérabilité en droit administratif », id. p. 311.

⁹⁷ X. Pin, « La vulnérabilité en matière pénale », id., p. 122.

⁹⁸ F. Cohet-Cordey, id., préface, p. 9.

⁹⁹ F. Fiechter-Boulvard, op. cit., p. 15.

2) Le patient et le soignant

Le patient peut être considéré comme une victime « à risque », plus vulnérable qu'un autre être humain en raison de sa maladie et de l'affaiblissement physique et psychique qu'elle induit. Cette faiblesse est sans conteste accentuée par le contexte hospitalier, le départ du domicile s'accompagnant de la perte des repères quotidiens. C'est bien par finalité préventive et pour protéger les plus faibles des citoyens que les infractions pénales commises à l'encontre des personnes « particulièrement vulnérables » sont plus lourdement sanctionnées. En outre, il faut souligner que si la maladie constitue en soi une cause de « particulière vulnérabilité », cette dernière est encore renforcée en pratique en raison de l'âge, de l'infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou de l'état de grossesse du patient. Néanmoins, il suffit au regard du droit pénal d'une seule cause de vulnérabilité, et le malade répond déjà à cette définition, pour encourir une peine aggravée.

Les soignants se plaignent également d'une recrudescence d'incidents dans le cadre de leur travail et témoignent de comportements de violence, exacerbée dans certains services parmi lesquels figurent en premier plan les urgences, la gériatrie ou encore la psychiatrie. Exercée à l'encontre des patients, parfois même entre les malades eux-mêmes, la violence existe aussi entre les professionnels de santé. Sur-tout, les soignants en position naturelle de force, peuvent se retrouver eux-mêmes victimes de violences physiques et/ou psychologiques de la part de patients ou de leurs proches qui expriment leur angoisse face à la maladie par de l'agressivité. Le personnel soignant, parfaitement conscient de cette manifestation pathologique, sait en tenir compte dans la gestion des crises. Ce constat ne saurait néanmoins justifier le dépassement intolérable de certaines limites. Les professionnels incarnent alors parfaitement ce qu'un auteur a qualifié d'« *acteur à double visage* »¹⁰⁰. Auteurs de violences souvent légères, parfois graves, ils peuvent devenir victimes et rechercher à leur tour la protection juridique. Face à un quotidien difficile et à un désarroi évident, il leur est difficile de faire face à une agressivité mal contrôlée, qu'elle leur soit propre ou exercée à leur encontre. Les études menées auprès des malades sont assez révélatrices. Ainsi, à titre d'exemple, il apparaît que les personnes âgées ont une tendance marquée à l'agressivité provoquée par des facteurs individuels tels que la maladie, le refus de l'institution ou du service de long séjour, la personnalité ou le refus de la vieillesse. Ainsi, si les soignants sont a priori moins vulnérables que leurs patients, ils n'en apparaissent pas moins comme des victimes « à risque », particulièrement exposées à la violence et à l'agressivité, réactions irréflechies et souvent spontanées d'êtres en souffrance.

II : Le régime de la violence en milieu hospitalier

À l'égard de l'accroissement inquiétant des actes de violence en milieu hospitalier, le droit est appelé à jouer un rôle

préventif doublé d'un rôle sanctionnateur, aussi importants que symboliques. Tandis que le premier se concrétise par la promotion des droits des malades (A), le second réside dans la mise en œuvre de la responsabilité (B).

A. La prévention de la violence par le droit : la promotion des droits des malades

Les droits des malades sont aujourd'hui largement reconnus tant sur le plan international qu'interne, comme en témoigne la dernière grande loi du 4 mars 2002. S'il s'agit avant tout de droits de l'homme et de la personne (1), ils apparaissent aussi comme des droits spécifiques (2).

1. Les droits des malades sont avant tout des droits de l'homme et de la personne

En matière de violence hospitalière, comme à l'égard de la plupart des comportements répréhensibles, le droit remplit d'abord une fonction de prévention. La prévention du risque pour l'usager et le soignant s'effectue sous deux formes. La première réside dans la détermination des infractions et la fixation des peines encourues. En effet, au-delà de son aspect sanctionnateur, la peine est traditionnellement appelée à jouer un rôle de dissuasion. La seconde réside dans la proclamation des droits attachés à la personnalité juridique, auxquels peuvent venir s'adjoindre d'autres garanties juridiques spécifiques et contextuelles. C'est ainsi que depuis quelques années, le législateur a indiscutablement adopté une politique de prévention des risques pour l'usager des services de soins en assurant une promotion constante et manifeste des droits des malades. L'expansion du droit médical, tant au niveau interne qu'euro-péen et international, témoigne clairement du fait que les préoccupations sociales sont devenues celles des juristes. Une nouvelle fois, la mouvance du droit n'est que « *le reflet de la mouvance sociale* »¹⁰¹. La reconnaissance et la consécration évidente par le droit de la vulnérabilité liée à la maladie et au contexte hospitalier se justifie aussi par une considération plus profonde de la personne humaine et des choses. En renforçant le souci de sécurité et la satisfaction des besoins de protection, elle n'a fait qu'accroître les manifestations de leurs interactions réciproques¹⁰². Puisque le malade est avant tout un être humain, il bénéficie à ce titre de la protection attachée à la personne et aux droits de l'Homme. L'art. 1^{er} de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 proclame que « *tous les êtres humains naissent libres et égaux en droits* ». L'art. 4 précise que « *nul ne sera soumis à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants* ». Le Conseil constitutionnel dans son arrêt du 27 juillet 1994 a rappelé que l'inviolabilité et le respect de l'intégrité du corps humain font partie des principes qui tendent à assurer le respect constitutionnel de sauvegarde de la dignité humaine tandis que le conseil d'État dans une décision datée du 24 octobre 1995 assure que « *le respect des droits de la personne humaine est une des composantes de l'ordre public* ». Enfin les droits de citoyen doivent être respectés dans le cadre hospitalier comme partout ailleurs.

¹⁰⁰ V.-C. Marie, *Les interférences d'états d'auteurs et de victimes. À la recherche d'un concept d'auteur-victime en droit pénal*, Thèse Poitiers, 1994, p. 68.

¹⁰¹ F. Fiechter-Boulvard, op. cit., p. 30.

¹⁰² En ce sens, id., p. 16.

C'est ce que rappelle le Préambule de la Charte du patient hospitalisé de 1995¹⁰³ : « *Au-delà de la réglementation sanitaire qu'ils appliquent, les établissements de santé se doivent de veiller au respect des droits de l'homme et du citoyen reconnus universellement, ainsi que des principes généraux du droit français, tel que non-discrimination, respect de la personne* ».

Si comme nous l'avons déjà souligné, tout acte de violence s'inscrit comme une violation directe du principe de dignité de la personne, il porte particulièrement atteinte au droit à la santé telle que l'a définie la Constitution de l'OMS de 1946 : « *Un état de complet bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». Il s'agit là d'un droit fondamental et d'un principe à valeur constitutionnel. Ces principes sont réaffirmés dans les premières dispositions de la loi du 4 mars 2002¹⁰⁴.

2. Les droits des malades sont aussi des droits spécifiques

Si le droit des malades trouve sa source dans les droits de l'homme, il s'est également construit à partir d'un ensemble de textes fondamentaux (a) et particuliers (b).

a) Les textes fondamentaux

Les droits des patients ont été proclamés tant au plan international que national. Le meilleur état de santé et la qualité des soins figurent notamment dans les dispositions de la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948, la Convention européenne des droits de l'homme de 1950, la Charte du malade usager de l'hôpital de 1979, dans la Déclaration européenne sur la promotion des droits des patients en Europe de 1994 ou encore dans la Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine de 1996... Au plan interne, la proclamation des droits est assurée par le Préambule de la Constitution de 1946, les réformes hospitalières de 1958 et 1970 qui tendent à l'humanisation des établissements de soins, le Décret de 1974 sur les règles de fonctionnement des établissements ou encore la Charte du malade hospitalisé de 1975 (et la circulaire de 1995) pour lesquelles la personne humaine est avant tout une personne qui dispose de droits et de devoirs. Enfin, le Rapport du Conseil économique et social de 1996 sur les droits des personnes malades (Rapport Evin) et le Rapport public du Conseil d'État de 1998 (Réflexions sur le droit à la santé) témoignent du souci constant du pouvoir et des réflexions approfondies menées sur ce sujet. La loi Kouchner du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé consolide les droits subjectifs du malade (droits naturels tel le droit fondamental à la protection de la santé, droit à l'information et à l'autonomie du consentement).

¹⁰³ Charte du patient hospitalisé, issue de la circulaire DGS/DH/95 n° 22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés.

¹⁰⁴ Cf art. L. 1110-1 C. santé publ. sur le droit fondamental à la protection de la santé, art. L. 1110-2 C. santé publ. sur le droit au respect de la dignité de la personne malade et art. L. 1110-3 C. santé publ. sur l'interdiction des discriminations dans l'accès à la prévention et aux soins.

b) Les textes particuliers

Ils contribuent à fixer ce que François Ponchon qualifie de « *bornes éthiques* »¹⁰⁵ dans le cadre de l'activité médicale. Tel est le cas de l'Ordonnance portant réforme hospitalière de 1996 qui comporte un titre consacré aux droits des malades et des dispositions sur la qualité de prise en charge évaluée dans le cadre de la procédure d'accréditation), de la loi du 27 juin 1990 relative à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation ou encore aux lois bioéthiques du 27 juillet 1994... Surtout, des textes viennent régir directement l'activité des professionnels de la médecine (Code de déontologie médicale refondu par le Décret du 6 septembre 1995 et les Règles professionnelles des infirmiers et infirmières issues du décret du 16 février 1993). En édictant des « devoirs généraux » et des « devoirs envers les patients », ces textes fixent une ligne de conduite pour les professionnels de la médecine, très respectueuse de la personne du malade. Le Code de déontologie médicale évoque ainsi le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité (art. 1^{er} et 38), le principe de moralité et de dévouement (art. 2), l'obligation de soigner avec la même conscience toutes les personnes quel que soit le handicap, l'état de santé ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard, une attitude correcte et attentive (art. 7) ou encore une obligation de soins « consciencieux et dévoués » (art. 32), autant d'éléments qui prohibent tout acte de violence illégitime dans l'exercice de l'activité médicale. De même, l'infirmier se doit se respecter la vie et la personne humaine, sa dignité, son intimité (art. 2). Il ne saurait abuser de sa situation professionnelle pour tenter d'obtenir pour lui-même ou pour autrui un avantage ou un profit injustifié ou pour commettre un acte contraire à la probité (art. 17 al. 1^{er}) ; il doit soigner avec la même conscience toute personne (art. 25) et agir en toute circonstance dans l'intérêt du patient (art. 26).

L'hypothèse des violences en milieu hospitalier est expressément prévue par ces textes qui contraignent le médecin ou l'infirmier à tout mettre en œuvre pour les faire cesser sans qu'ils ne puissent être poursuivis pour atteinte au secret professionnel. Aux termes de l'art. 10 C. déont. méd. « *un médecin amené à examiner une personne privée de liberté ou à lui donner des soins ne peut, directement ou indirectement, serait-ce par sa seule présence, favoriser ou cautionner une atteinte à l'intégrité physique ou mentale de cette personne ou à sa dignité. S'il constate que cette personne a subi des sévices ou des mauvais traitements, il doit sous réserve de l'accord de l'intéressé, en informer l'autorité judiciaire* » et « *mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection* » (art. 44). S'il s'agit d'un mineur de quinze ans ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique, le consentement n'est pas nécessaire tandis que

¹⁰⁵ F. Ponchon, *Les droits des patients à l'hôpital*, Que sais-je ?, PUF, 1999.

l'alerte vise les autorités judiciaires, médicales ou administratives (art. 44). Quant aux infirmiers, l'art. 7 du décret de 1993 dispose que « lorsqu'un infirmier ou une infirmière discerne dans l'exercice de sa profession qu'un mineur est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour le protéger, en n'hésitant pas, si cela est nécessaire, à alerter les autorités médicales ou administratives compétentes lorsqu'il s'agit d'un mineur de quinze ans ». Le champ d'application de ce texte limité aux mineurs est plus restrictif que les dispositions du C. déont. méd. Toutefois, il est probable que les juges font preuve de bienveillance à l'égard d'un infirmier qui aurait dénoncé des violences sur un majeur hors d'état de se protéger.

B. La sanction de la violence par le droit : la mise en œuvre de la responsabilité

Quel que soit l'auteur de l'acte de violence, il risque de voir mise en œuvre sa responsabilité, dont il faut étudier le principe (1) avant de s'attarder sur ses conséquences (2).

1. Le principe de la responsabilité

Force est de constater en pratique que la fonction préventive et dissuasive du droit révèle ses limites. Dès lors que l'acte de violence est perpétré sous l'une quelconque des formes précédemment évoquées, il appartient au droit de revêtir son deuxième habit, celui de la répression. Concrètement l'auteur de la violence en milieu hospitalier, quelle que soit sa qualité d'usager ou de soignant risque de voir engager sa responsabilité personnelle ou celle de l'établissement de soin. La responsabilité encourue peut être de nature civile, pénale ou administrative.

Avant tout, il est nécessaire de définir la responsabilité. Dans son sens commun, issue du latin *respondere*, elle désigne le fait pour une personne d'accepter, de subir et de répondre des conséquences de son acte¹⁰⁶. Dans son sens juridique, elle caractérise l'« obligation qui peut incomber à une personne de réparer le dommage causé à autrui par son fait ou par le fait des personnes ou des choses dépendant d'elles »¹⁰⁷. Le fondement de la mise en œuvre de la responsabilité réside dans la réparation du dommage physique et/ou moral provoqué par une faute, appelée aussi fait générateur. La faute est une notion clé du droit commun de la responsabilité, même si le droit admet parfois le principe d'une responsabilité sans faute à seule fin de faciliter la réparation du dommage pour la victime.

Pour que la responsabilité soit engagée, il faut établir l'existence de la faute, du dommage et du lien de causalité, c'est-à-dire le fait que la faute a provoqué le dommage. La preuve de la faute n'est pas toujours évidente à rapporter, surtout lorsqu'il s'agit de violences légères et morales, comme le fait de brutaliser en paroles. La jurisprudence administrative a facilité le régime de la preuve pour le patient victime en passant d'une faute prouvée à une faute présumée, contrai-

gnant l'établissement à prouver son absence de faute. Les circonstances demeurent il est vrai déterminantes¹⁰⁸.

L'article 1382 C.civ. relatif à la responsabilité du fait personnel dispose que « tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé, à le réparer ». L'article 1383 pose le même principe en cas de faute par imprudence ou négligence. Néanmoins, au sein de l'hôpital, le malade est davantage enclin à engager la responsabilité du fait d'autrui¹⁰⁹. En effet, l'article 1384 C.civ. qui pose le principe de la responsabilité « due au dommage qui est causé par le fait des personnes dont on doit répondre », vise expressément les commettants, responsables des dommages causés par leurs préposés dans les fonctions auxquelles ils les ont employés (art. 1384 al. 5 C.civ.). La jurisprudence a défini le rapport de préposition comme un lien de subordination qui suppose que les commettants ont le droit de faire acte d'autorité en donnant à leurs préposés des ordres ou des instructions sur la manière de remplir, à titre temporaire ou permanent, avec ou sans rémunération, les emplois qui leur ont été confiés pour un temps et un objet déterminé¹¹⁰. Aujourd'hui, il faut souligner que les exigences relatives au pouvoir de contrôle, de surveillance et de direction se sont considérablement assouplies ce qui participe à la tendance jurisprudentielle en vertu de laquelle la responsabilité du commettant devient la règle et celle du seul préposé l'exception¹¹¹.

La responsabilité des commettants, prévue par le législateur afin de protéger la victime contre l'insolvabilité de l'auteur, est dite « sans faute ». Qualifiée d'objective, elle ne permet pas aux commettants de prouver qu'ils n'ont pu empêcher le fait dommageable. Ainsi, le patient, victime de violences peut se retourner contre l'établissement commettant, du fait de l'acte commis par le préposé (médecin¹¹², infirmier, aide-soignant). Selon les circonstances, le médecin, voire l'infirmier, peut être considéré lui-même comme commettant, dès lors qu'il joue un rôle effectif de chef d'équipe.

La responsabilité administrative, c'est-à-dire la responsabilité de la puissance publique sera mise en œuvre en cas de « faute de service ». Le juge apprécie les conditions d'exécution du service, les moyens mis en œuvre et le comportement de l'agent.

¹⁰⁸ En témoignent notamment deux arrêts de la Cour administrative d'appel de Nancy sur l'absence de faute du médecin et de défaut de surveillance (arrêt Zanni du 7 avril 1994) et solution inverse (arrêt Delvaux du 13 mars 1997).

¹⁰⁹ Pour une étude parallèle, cf. J.-M. Lhuillier, La responsabilité civile, administrative et pénale dans les établissements et services sociaux et médicaux-sociaux, éd. ENSP, 2001.

¹¹⁰ Cass. crim. 7 nov. 1968.

¹¹¹ M.-P. Lamour, « Des cas où l'on répare des dommages que l'on n'a pas causés », R.R.J. 2002-3, p. 1237.

¹¹² Sur la reconnaissance de la qualité de préposé à un médecin salarié d'une clinique nonobstant l'indépendance inhérente à la profession médicale, cf. Cass. crim. 5 mars 1992, JCP 1993. II. 22013, note F. Chabas ; RTD civ. 1993. 137, obs. P. Jourdain. Cette décision traduit une conception extrêmement souple du rapport de subordination.

¹⁰⁶ Le Petit Robert, V° Responsabilité.

¹⁰⁷ R. Savatier, in *Traité de la responsabilité civile en droit français*.

En fin de compte, c'est à la victime que revient le choix du fondement de la responsabilité et des personnes poursuivies. Il peut être orienté par les circonstances factuelles de l'acte de violence, les preuves à disposition, la solvabilité de l'auteur... Si la victime estime qu'il y a plusieurs responsables, elle pourra poursuivre à la fois l'établissement, le médecin, l'infirmier... ce qui peut engendrer une situation de cumul de responsabilités¹¹³.

2. Les conséquences de la mise en œuvre de la responsabilité

Si la victime opte pour l'art. 1384 al. 5 C.civ., la mise en cause de la responsabilité civile du commettant fera qu'il sera seul tenu à verser les dommages-intérêts. Mais le préposé demeure en tout état de cause responsable personnellement de toute infraction pénale. Il faut toutefois souligner que le durcissement récent de la responsabilité des commettants « *qui tend à devenir une responsabilité pure et simple et non plus une responsabilité de garantie* »¹¹⁴ pour la victime, prive ceux-ci de la faculté de recours subrogatoire qui leur permettait d'obtenir le remboursement des dommages-intérêts. Depuis l'arrêt Costedoat du 25 février 2000¹¹⁵, il semble en effet que la responsabilité personnelle de l'auteur du dommage, qui n'a pas outrepassé les limites de sa mission, ne puisse plus être engagée¹¹⁶.

Le médecin et l'infirmier, outre les sanctions civiles (dommages-intérêts) et pénales (amende, prison), encourent des sanctions disciplinaires, dès lors qu'ils contreviennent respectivement au Code de déontologie médicale et aux Règles professionnelles des infirmiers et infirmières. Figurent parmi les peines disciplinaires des médecins, l'avertissement, le blâme, l'interdiction temporaire ou permanente d'exercer une ou plusieurs fonctions médicales rétribuées par les établissements publics, l'interdiction temporaire d'exer-

cice pendant trois ans maximum, la radiation du tableau de l'Ordre et la privation du droit de siéger au Conseil de l'Ordre. La Commission régionale et nationale disciplinaire des infirmiers peut les sanctionner d'un avertissement, d'un blâme, d'une interdiction temporaire ou définitive d'exercice ainsi que la privation du droit d'élection à la Commission. L'utilisateur, auteur de violences contre le personnel hospitalier n'échappe pas aux poursuites. Il est soumis au droit commun de la responsabilité civile et pénale.

1. Conclusion

Au regard de la diversité des formes de la violence en milieu hospitalier, c'est à une définition large de ce concept qu'il a fallu nous attacher. Qu'elle atteigne la personne ou ses biens, elle n'est pas toujours évidente à démontrer pour la victime, notamment lorsqu'elle est d'ordre psychologique. Dans ce cas, il relève de la conscience de l'auteur d'adopter un comportement digne. La vigilance des proches du malade et la solidarité de l'équipe soignante peuvent s'avérer des outils précieux.

Si le malade, personne vulnérable par excellence, demeure une victime « privilégiée », les soignants constituent eux-mêmes désormais une catégorie de victimes « à risque », parfois de manière extrêmement significative.

Associée aux devoirs des professionnels de la santé, la promotion des droits des malades est nécessaire et légitime. Elle doit contribuer à, sinon supprimer totalement, ce qui pourrait être considéré par certains comme un vœu pieux, du moins réduire largement dans les services de soins le phénomène de la violence sous toutes ses formes, des plus manifestes aux plus insidieuses. Les personnes soignées ne doivent toutefois pas perdre de vue que le bon déroulement des soins repose fondamentalement sur un respect réciproque.

Si l'introduction de cet exposé a permis de souligner toute l'importance de l'effort de définition des termes, pris dans leur sens commun et juridique, sa conclusion conduit à dénoncer le caractère parfois « pernicieux » de la terminologie. Ainsi, le terme « usager » des services de soins fait immanquablement songer à celui de client, de consommateur. Or, s'il faut admettre que ce dernier concept s'est vu doté d'un corpus de règles juridiques très protectrices, il ne serait toutefois pas surprenant que cette évolution participe quelque peu au climat d'agressivité croissant de la part des malades. Si le patient, puisque décidément, nous préférons ce terme, dispose de droits, il ne doit jamais oublier qu'il a aussi des devoirs, au même titre que le soignant.

¹¹³ En pratique, la jurisprudence a eu tendance à retenir les hypothèses de responsabilités cumulées : cf. notamment la Chambre criminelle de la Cour de cassation le 24 juin 1992 sur la responsabilité du directeur et de l'infirmière ; contra : arrêt de la même chambre le 10 novembre 1992 sur la responsabilité de la seule aide-soignante.

¹¹⁴ M.-P. Lamour, op. cit., p. 1262.

¹¹⁵ Cass. Ass. Plén. 25 févr. 2000, JCP 2000. II. 10295, note M. Billiau ; D. 2000. 673, note P. Brun ; Resp. civ. et ass. 2000. com.n° 11, H. Groutel. L'arrêt Rochas du 12 oct. 1993 (Cass. com. 12 oct. 1993, Bull. civ. IV, n° 338 ; RTD civ. 1994. 111, obs. P. Jourdain ; JCP 1995. II. 22493, note F. Chabas) avait amorcé l'évolution.

¹¹⁶ Auparavant, les commettants se retournaient d'autant plus volontiers contre leur préposé s'il s'agissait d'une faute lourde, ce qui est souvent le cas pour un l'acte de violence.