"VIOLENCES en milieux de santé"

Revue de presse préparatoire

(Novembre 2020)

Helfaut : un homme condamné pour violence sur deux soignants du centre hospitalier

Un homme a été jugé mardi après-midi par le tribunal correctionnel de Saint-Omer pour avoir commis des violences sur une infirmière et une aide-soignante à l'hôpital d'Helfaut au début du mois d'avril.

Claire Courbet | 29/04/2020

Emmené aux urgences de l'hôpital d'Helfaut le 7 avril afin d'établir un certificat médical, l'homme jugé mardi au tribunal de Saint-Omer avait refusé de porter un masque, crachant au visage d'un aide-soignant en s'écriant « *je m'en fous du Covid !* ». Puis il s'est débattu, a insulté une infirmière avant de lui coincer le bras entre les barreaux d'un lit.

https://www.lavoixdunord.fr/746480/article/2020-04-29/helfaut-un-homme-condamne-pour-violences-sur-deux-soignants-du-centre

TÉMOIGNAGE. Coups de feu au CHU-Rennes : « On a franchi une étape dans l'échelle de la violence »

Les incivilités et actes de violence sont de plus en plus fréquents dans les services d'urgence des hôpitaux. Rennes n'est pas épargnée. François, infirmier de nuit aux urgences du CHU, témoigne.

En poste depuis deux ans aux urgences du CHU, François constate de plus en plus d'actes d'incivilité et de violence envers les soignants. | ARCHIVES OUEST-FRANCEAfficher le diaporama

Ouest-FranceRecueilli par Nathalie FLOCHLAY. Publié le 16/10/2020 à 18h18

François (prénom d'emprunt), infirmier de nuit aux urgences du CHU, ne travaillait pas cette nuit lorsque ces collègues ont été menacés par un patient armé d'un couteau. **« J'ai été informé des événements ce vendredi matin. J'avais une boule au ventre et un sentiment de stupeur. Un patient armé, des policiers qui sont amenés à tirer des coups de feu dans l'enceinte des urgences : on franchit une étape**, témoigne-t-il. **Les collègues ont été choqués. »**

…
TÉMOIGNAGE. Coups de feu au CHU-Rennes : « On a franchi une étape dans l'échelle de la violence »

Le Messager

Saint-Julien-en-Genevois : Ivre, il s'en prend au personnel soignant de l'hôpital

MIS EN LIGNE LE 16/10/2020 À 11:20

PAR STÉPHANE GROSJEAN

Lundi 12 octobre, le tribunal de Thonon-les-Bains a condamné un habitant de Gex (01) à huit mois de prison ferme pour avoir agressé le personnel soignant de l'hôpital de Saint-Julien-en-Genevois.

Un habitant de Gex s'en prend au personnel hospitalier de l'hôpital de Saint-Julien.

- LECTURE ZEN

Il est 6h30 du matin, dimanche dernier, 11 octobre, quand les pompiers de Gex, dans l'Ain, transportent un homme à l'hôpital de Saint-Julien-en-Genevois.

Menaces de mort et insultes

Ivre, l'individu, âgé de 58 ans, menace de mort et insulte copieusement le personnel soignant. Dans l'impossibilité de le gérer sereinement, le personnel de l'hôpital appel les gendarmes de Saint-Julien. Une fois sur place, ceux-là sont à leur tour pris à partie. L'homme poursuit ses menaces et ses insultes, « aussi bien sur le personnel hospitalier que sur les gendarmes », confirment les gendarmes de Saint-Julien.

4 dépôts de plainte

Devant la violence de ses insultes, trois personnels hospitaliers et un gendarme déposent plainte contre lui. Il est placé en cellule de dégrisement, puis mis en garde à vue, une fois qu'il a retrouvé ses esprits.

Devant le tribunal de Thonon

Le lendemain, lundi 12 octobre, l'homme a été présenté devant le procureur de la République de Thonon. Il passe alors en comparution immédiate devant le tribunal judiciaire. Celui-ci le condamne à huit mois d'emprisonnement ferme. L'individu faisait l'objet d'un sursis de quatre mois d'emprisonnement, qui a été révoqué. Il purge désormais sa peine à la maison d'arrêt d'Albion.

https://www.lemessager.fr/16066/article/2020-10-16/saint-julien-en-genevois-ivre-il-s-en-prend-au-personnel-soignant-de-l-hopital

LADEPECHE.fr

À l'hôpital psychiatrique d'Albi, la violence contre les personnels soignants inquiète

- La fondation Bon Sauveur accueille chaque année environ 11000 patients./ Photo DDM archives.

Hôpital, Santé, Tarn Publié le 20/01/2020 à 05:11 , mis à jour à 07:53

l'essentiel **Au cours de la cérémonie des vœux de la Fondation Bon Sauveur d'Alby, le directeur Gilbert Hangard a évoqué, entre autres, un phénomène qui selon lui semble s'accroître : les violences à l'égard des personnels soignants.**

Avec près de 11000 patients qui fréquentent l'établissement chaque année, soit en consultation soit en hospitalisation, la fondation Bon Sauveur, établissement de santé mentale, tourne à plein régime. Mais, au cours de ses vœux la semaine dernière, le directeur Gilbert Hangard n'a pas manqué de partager ses inquiétudes sur un potentiel "risque dégradation de la qualité de la prise en charge" en raison d'incertitudes financières. Propos nuancés en ajoutant être "confiant dans les capacités de la fondation du Bon Sauveur d'Alby, "pleine de ressources", pour continuer à aller de l'avant. Voilà le cadre général. Mais ces vœux étaient aussi l'occasion de partager une autre inquiétude, qui semble grandir dans les couloirs de la fondation : l'augmentation des faits de violences envers les soignants.

PUBLICITÉ

Hausse des incivilités

"Dans la psychiatrie, la violence est réelle, elle fait partie du quotidien. De la violence verbale bien sûr, assez courante, mais aussi physique" tient à appuyer le directeur. "C'est un phénomène de société, cette hausse des incivilités. Ce n'est pas spécialement lié à la psychiatrie. Pour autant, il y a un sentiment d'insécurité qui grandit", assure le directeur. Et de citer, pour l'exemple,...

https://www.ladepeche.fr/2020/01/20/une-violence-qui-inquiete,8673240.php

Lyon : Six mois de prison avec sursis pour avoir uriné sur du matériel médical et menacé le personnel soignant

VIOLENCE Le suspect a été laissé libre à l'issue de son jugement

***C.G.* Publié le 24/06/20 à 11h53 — Mis à jour le 24/06/20 à 11h53**

Une infirmière et un patient dans un hôpital (illustration). — JDD/SIPA

Une cascade de violences, un individu incontrôlable et une peine de prison avec sursis à la clé. Un **Villeurbannais** de 25 ans, déjà condamné à 17 reprises, a écopé mardi d'une peine de six mois de prison avec sursis. Il avait été interpellé la veille au matin à proximité de l'hôpital Saint-Joseph Saint-Luc de **Lyon** (**Rhône**) dans lequel il s'était déchaîné.

Le suspect était arrivé alcoolisé sur les lieux et avait commencé à perturber l'activité de l'établissement en hurlant, puis en urinant sur le matériel médical. L'agent de sécurité, appelé en renfort pour le maîtriser, a failli se prendre des coups de béquille, précise la police lyonnaise. Loin de se calmer, le jeune homme a outragé une aide soignante avant de menacer le personnel soignant en annonçant qu'il allait revenir avec des grenades.

Laissé libre

Il n'a toutefois pas eu le temps de mettre ses menaces à exécution puisqu'il a été interpellé entre-temps par un équipage de police sur lequel il a craché.

Placé en garde, l'homme a indiqué ne se souvenir de rien, hormis le crachat sur la police. A l'issue de son jugement, il a été laissé libre.

FAITS DIVERS

Lyon: Des personnels de l'hôpital Edouard-Herriot violentés, un patient interpellé

Rennes : Il laisse un mot d'excuse après avoir tenté d'étrangler une infirmière

https://www.20minutes.fr/justice/2806647-20200624-lyon-six-mois-prison-sursis-avoir-urine-materiel-medical-menace-personnel-soignant

LA PRESSE .CA

Actes de violence: le personnel de l'Hôpital Albert-Prévost manifeste

PHOTO PATRICK SANFAÇON, LA PRESSE

Un cinquantaine de personnes prenaient part à la manifestation, qui a débuté lundi en avant-midi.

Des employés de l'hôpital en santé mentale Albert-Prévost manifestent depuis ce midi pour dénoncer la lenteur des mesures prises à la suite d'une vague d'actes de violence visant les travailleurs survenus au cours des derniers mois.

Publié le 9 mars 2020 à 12h58 **MAYSSA FERAH** LA PRESSE

Un cinquantaine de personnes prenaient part à la manifestation, qui a débuté lundi en avant-midi. « Pas payé pour se faire frapper » et « Non à la violence », pouvait-on lire sur plusieurs pancartes aux slogans évocateurs de la réalité des intervenants psychiatriques.

« Nous déplorons que depuis quatre mois, très peu de mesures correctives concrètes ont été mises en place par l'employeur », affirme Louis-Martin Reid, représentant syndical CSN et agent d'intervention en milieu psychiatrique. « Si le personnel n'est pas en sécurité, personne n'est en sécurité. »

Un comité pour résorber la situation a bel et bien été mis en place, mais il faut des mesures rapides, selon M. Reid. Des accès sécurisés avec plus de surveillance, des détecteurs de métal aux points névralgiques et des formations concernant les patients judiciarisés non-criminellement responsables sont nécessaires.

Un climat de panique

Le 29 octobre dernier, en début d'après-midi, un patient de l'hôpital en santé mentale aurait attaqué avec des ciseaux le psychiatre Mario Roy à l'Hôpital Albert-Prévost, situé au nord de Montréal. La scène a été décrite comme « sanglante et traumatisante » par les témoins.

Depuis, trois gardiens de sécurité sont en poste de jour et de soir, alors que deux demeurent en service durant l'heure du midi.

Deux semaines plus tard, une autre altercation avait lieu, provoquant un arrêt de travail de trois mois d'un membre du personnel.

Un troisième évènement date du 6 février dernier et a blessé cinq employés, tous des gardiens de sécurité et des agents d'intervention en milieu psychiatrique, confirme M. Reid.

Ces trois incidents ont engendré un climat de panique au sein du personnel, qui n'ose plus intervenir de la même façon par peur de l'agressivité de certains patients, qui pourraient disposer d'armes blanches. « Il n'y a pas suffisamment de surveillance. Je compare ça à une grange. Trois agressions en trois mois, le besoin est flagrant », pense David Barrette, agent d'intervention en milieu psychiatrique et représentant syndical.

Le syndicat des travailleuses et travailleurs du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, en collaboration avec les syndicats de la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ) et de l'Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux (APTS) du CIUSSS, demandent donc à l'employeur et au gouvernement de prendre des moyens rapides pour assurer la sécurité du personnel.

https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2020-03-09/actes-de-violence-le-personnel-de-l-hopital-albert-prevost-manifeste

l'Humanité

Psychiatrie. « Avant, on avait les moyens de faire face à la violence »

Vendredi 28 Février 2020 Emilio Meslet

Après la mort d'une infirmière, la colère est encore palpable à l'hôpital psychiatrique de Thouars, où les soignants réclament des moyens pour éviter un nouveau drame.

Thouars (Deux-Sèvres), envoyé spécial.

Le 20 février, les Thouarsais étaient venus nombreux rendre hommage à élodie, tuée dans le service psychiatrique du centre hospitalier Nord Deux-Sèvres. D. Goldsztejn/le Parisien/Photo PQR/MaxPPP

Fermé depuis deux semaines, l'hôpital psychiatrique du centre hospitalier Nord Deux-Sèvres (CHNDS), à Thouars, a des allures de ville fantôme. Ses patients ont été transférés dans les hôpitaux voisins et une cinquantaine de soignants, incapables de reprendre le service, sont en arrêt maladie. La direction espère rouvrir une unité *« en début de semaine ».* Le 13 février, le personnel de l'établissement a vu Élodie, infirmière de 30 ans, se faire poignarder par un patient en fuite qu'elle tentait de calmer. La mère de deux enfants est morte des suites de ses blessures.

Ce drame en rappelle un autre, très médiatisé. En décembre 2004, à Pau (Pyrénées-Atlantiques), un patient tue une infirmière et une aide-soignante dans les locaux du centre hospitalier des Pyrénées. À l'époque, l'option sécuritaire avait été privilégiée pour répondre aux inquiétudes. Mais, à Thouars, on attend aujourd'hui une tout autre réponse, d'autant plus que le ministre de la Santé, Olivier Véran, a annoncé qu'il viendrait *« dans les prochains jours ». « On n'a pas besoin de caméras ou de vigiles mais de moyens supplémentaires »,* exige une psychologue du pôle santé mentale du CHNDS.

Menaces de mort,

https://www.humanite.fr/psychiatrie-avant-avait-les-moyens-de-faire-face-la-violence-685430

martinique 1

Un jeune homme condamné à 4 mois de prison pour violence à l'hôpital

justice

Les urgentistes au palais de justice de Fort-de-France. • ©Martinique la 1ère

Le jeune homme de 24 ans qui avait brisé la vitre de l'accueil du service des urgences de l'hôpital Pierre Zobda Quitman à Fort-de-France, a été condamné (lundi 18 novembre 2019), à 4 mois de prison.

Martinique la 1ère • Publié le 19 novembre 2019 à 05h57

Quatre mois de prison dont deux avec sursis avec obligation de soins et contrôle judiciaire. C'est la peine infligée lundi 18 novembre 2019 par le tribunal de grande instance de Fort-de-France, au jeune homme de 24 ans qui avait brisé la vitre de l'accueil des urgences de l'hôpital Pierre Zobda Quitman à Fort-de-France le 1er novembre 2019.

À lire aussi

Une vitre brisée aux urgences de Martinique par un patient alcoolisé et sous l'emprise de cannabis

Ce jeune homme, sous l'effet de l'alcool et du cannabis, estimait que sa prise en charge pour un traumatisme crânien suite à une chute de moto, prenait trop de temps.

Une partie du personnel soignant avait fait le déplacement au tribunal de Fort de France, pour demander le respect des agents. Le prévenu s'est excusé auprès de ce personnel, pendant, et à l'issue de l'audience.

https://la1ere.francetvinfo.fr/martinique/jeune-homme-condamne-4-mois-prison-violence-hopital-772789.html

Le personnel du CHU de Rennes partage son quotidien difficile dans un clip publié sur les réseaux sociaux

Les soignants poussent un cri d'alarme à travers les images de leurs conditions de travail. Avec la crise sanitaire, la santé de l'hôpital public s'est encore plus dégradée.

Franceinfo Mis à jour le 12/11/2020 | 12:32

Ils ont filmé leurs maux. Pendant 15 jours, les membres du personnel des urgences du CHU Pontchaillou à Rennes ont pris en vidéo leur quotidien au téléphone. Patients entassés dans les couloirs, malades pris de démence, des images fortes publiées sur les réseaux sociaux vendredi 6 novembre et accompagnées de la chanson *"Pour les autres"* de l'artiste HK.
Une initiative impulsée par l'aide-soignant Kevin Houget. Après une agression particulièrement violente, au milieu du mois d'octobre, il a décidé de montrer les conditions de travail dans lesquelles ses collègues et lui évoluent. *"On a essayé de montrer une journée-type de ce qui se passe aux urgences. Les couloirs pleins à craquer de brancards, la violence, les contentions, les soins. Et on a essayé de montrer tous les personnels qui travaillent, pas que les soignants"*, explique Kévin Houget.
Un hôpital public à l'agonie

Agents d'entretien, de sécurité, soignants, le ras-le-bol est général. L'hôpital public, déjà malade avant la crise sanitaire, est désormais à l'agonie. *"Les gens quittent le métier. Il n'y a plus rien qui est fait pour attirer des infirmiers, des aides-soignants. Il suffit de regarder. Les écoles ne se remplissent plus. Personne ne veut faire ces métiers-là"*, affirme l'aide-soignant.
La situation critique dans les établissements hospitaliers, un sujet qui préoccupe visiblement les Français. En une semaine le clip totalise déjà 50 000 vues sur les réseaux sociaux.

https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/confinement/le-personnel-du-chu-de-rennes-partage-son-quotidien-difficile-dans-un-clip-publie-sur-les-reseaux-sociaux_4178361.html

VIDÉO : Dans un clip, les soignants du CHU de Rennes montrent leur quotidien difficile

Mardi 10 novembre 2020 à 5:51 - Par Justine Sauvage, France Bleu Armorique Rennes

Les soignants des urgences du CHU de Rennes ont filmé leur quotidien et le montrent dans un clip sur la chanson "Pour les autres" de l'artiste HK. Ils témoignent de leur fatigue et demandent des moyens humains supplémentaires.

Des soignants du CHU de Rennes membres du collectif Inter Urgences qui participent au clip sur la chanson "Pour les autres". - Kevin Houget

Ils ont décidé de montrer leur quotidien en vidéo. Les soignants du service des urgences du CHU de Rennes ont publié vendredi 6 novembre un clip sur internet.

Pendant quinze jours, ils ont filmé le services des urgences de l'hôpital de Rennes avec leur téléphone **pour montrer leur travail, les couloirs surchargés, la violence.** Les images se succèdent sur la chanson **"Pour les autres", écrite en avril dernier par le chanteur HK**. Ce dernier a autorisé les soignants de Rennes à utiliser sa chanson pour parler de leur quotidien. *"Il nous a aidé tout le long du projet"* explique Kevin Houget, aide-soignant aux urgences et à l'origine de ce clip.

Des coups de feu tirés dans l'hôpital

Le jeune homme membre du collectif Inter Urgences, raconte que *"la goutte d'eau, ce fut le nouveau fait de violence aux urgences de Rennes il y a quelques semaines, des coups de feu ont été tirés dans l'hôpital"*. Les soignants demandent des moyens humains supplémentaires alors que l'hôpital est à nouveau **en première ligne dans la lutte contre le Covid-19.**

"Le collectif Inter-Urgences souhaite alerter sur la situation et demander au gouvernement de prendre des mesures et de trouver des solutions pour sauver notre bel hôpital public avant qu'il ne soit trop tard." C'est le message que l'on peut lire en préambule de la chanson.
Le clip "Urgences CHU de Rennes" est à voir sur Youtube mais également sur les réseaux sociaux du collectif Inter Urgences. Le chanteur HK l'a également partagé sur sa page Facebook.
https://www.francebleu.fr/infos/insolite/video-dans-un-clip-les-soignants-du-chu-de-rennes-montrent-leur-quotidien-difficile-1604983107

et aussi le contexte général …

3 grand est

TEMOIGNAGE - Coronavirus : Marc Noizet, chef du pôle des urgences de Mulhouse raconte "une violence inouïe"

Le docteur Marc Noizet, chef du pôle urgences et du SAMU à l'hôpital Muller de Mulhouse est en première ligne dans le combat contre le coronavirus. Le Haut-Rhin a été l'un des premiers foyers de l'épidémie en France, les soignants ont du y affronter une situation sans précédent. Témoignage.

Publié le 08/04/2020 à 10h44 • Mis à jour le 12/06/2020 à 12h55

Marc Noizet, chef du pôle des urgences à l'hôpital Emile Muller (Mulhouse) • © Document remis

Alsace Haut-Rhin Mulhouse

Il est toujours compliqué de faire des portraits par téléphone. Mais j'ai dû, comme tout le monde, me plier aux règles du confinement et du télétravail. L'exercice a ses limites : l'humain, c'est un corps qui parle, oscille, tremble. Un visage qui s'illumine ou se referme. Ici, je n'aurai que la voix. La voix de ces premières lignes qui luttent contre le covid19. Et sauvent. Une voix qui, malgré tout, dit beaucoup. Un quotidien à flux tendu, sous pression, bouleversé mais où la force du collectif se révèle. Dans tous les cas. Sans exception.

Voici pour entamer cette série, le "portrait téléphonique" de Marc Noizet, chef de service du pôle urgences/Samu 68 à l'hôpital Emile Muller de Mulhouse. Un homme de sang-froid qui a failli craquer face à la vague. Failli.

La cellule Samu 68 à l'Hôpital Emile Muller de Mulhouse • © Document remis

"Une vocation profonde, intime"

Je me rends compte au bout de dix jours d'échanges avec une dizaine de professionnels de la santé, qu'on entre dans ce milieu comme on entre dans les ordres. Avec foi ou du moins avec conviction. Celle de Marc Noizet est de l'ordre de l'intime. "J'ai choisi la médecine pour une raison très personnelle et profonde qui me renvoie à une situation familiale difficile. Pour faire simple, je me suis révolté face à la maladie. Quand j'étais au lycée, un membre de mon cercle intime a eu le cancer. Je me suis senti impuissant face à la maladie. J'avais une revanche à prendre sur elle. C'est là que j'ai décidé que j'apporterais toutes mes compétences à ceux qui en ont besoin."

J'avais une revanche à prendre sur la maladie
- Marc Noizet -

Quant au choix des urgences, discipline si particulière, c'est une rencontre qui a été décisive. "Un urgentiste, mon directeur de thèse, un ami proche maintenant, m'a aiguillé et remis dans le droit chemin. A deux reprises. Il m'a dit que j'étais fait pour ça. La médecine d'urgence. Je l'ai écouté."

Après des études (longues) à Nancy, Marc Noizet passe près de vingt ans à Epernay où il devient chef de service puis chef de pôle des urgences. Son arrivée à Mulhouse en août dernier était déjà en soi, un défi à relever. Une crise à gérer. Pas sanitaire, pas encore. Mais humaine. "Dans le cadre de mes fonctions de coordinateur du réseau urgences Grand Est, l'agence régionale de santé (ARS) m'a demandé d'accompagner les urgences de Mulhouse qui rencontraient une crise grave. De ressouder le collectif, de trouver des solutions."

À ce sujet, la rédaction vous recommande
TEMOIGNAGE - Sophie, urgentiste démissionnaire à Mulhouse : "Je suis épuisée et apeurée par ce qui risque d'arriver"

Marc Noizet décidera d'y rester. Il y candidate en septembre et prend officiellement ses fonctions en janvier dernier. Ce sera alors "la crise dans la crise".

Submersion

Moins de trois mois après, Marc Noizet fait face à une nouvelle crise. Celle du covid19, qui va, paradoxalement résoudre la première. "Cette crise nous a submergés, nous a obligés à faire face à l'imprévu, tout le temps. C'est le collectif qui nous a sauvés. Ce qui était problématique il y a six mois ne l'est plus actuellement. "
Ma vie n'a été que coronavirus, sans aucune fenêtre de respiration
- Marc Noizet -

J'ai contacté Marc Noizet le 2 avril. La situation aux urgences de Mulhouse s'est alors déjà un peu apaisée. Un peu "Ça va mieux, on note un recul de l'activité qui se confirme depuis 24h, un plateau. Ça permet au personnel de se reposer un peu, d'être moins dans l'urgence. De souffler. Ma vie n'a été que coronavirus, sans aucune fenêtre de respiration. Ma vie et celle de tout le personnel de l'hôpital. J'ai déjà donné beaucoup à mon métier, beaucoup mais jamais à ce point."

Car depuis quatre semaines, chaque journée est un marathon. Pour organiser le service. Pour sauver des vies. "C'est simple, il nous faudrait 35 médecins pour fonctionner correctement. Nous ne sommes que 12,13. Heureusement, les démissionnaires, les retraités et les remplaçants sont là pour nous aider. Ils sont revenus sans qu'on leur demande quoique ce soit."

Urgences Mulhouse • © Documents remis

La vague a été violente. Physiquement et psychologiquement. Au delà de toute projection. "Ce qui nous a submergés, c'est le flot gonflant des patients. On a ouvert des lits tous les jours, créé des contacts avec les autres établissements hospitaliers, les ambulanciers. Tous les jours, nous étions confrontés à une thématique différente. De nouveaux problèmes à gérer. C'est la solidarité qui nous a sauvés. Je crois qu'on a dans notre génome quelque chose, une volonté de révéler ce qu'on a au fond de

soi. C'est la multiplicité de ces volontés qui a fait toute la différence."

Cette crise a également confronté ses équipes à une situation inédite. D'une "violence inouïe." Pour le personnel soignant, "voir les patients mourir seuls et surtout sans pouvoir proposer de traitement, c'est très dur. On se sent impuissants. Ça dépasse l'entendement. Ce n'est pas pour cela que nous avons choisi de faire notre métier."

Gestion de crise

La voix de Marc Noizet est teintée d'un soupçon de lassitude. De fatigue. Mais pas de pathos. Les mots sont pesés, choisis, nets et sans bavure. "Oui je suis fatigué mais pas désespéré. Je ne l'ai jamais été durant ces dernières semaines." Marc Noizet n'a pas eu le temps pour ça. Pas eu le temps de broyer du noir. "Dès que je me lève, je regarde ce qui s'est passé la veille, je regarde s'il n' y a pas eu de drame. Ensuite je file aux urgences pour la relève à 8h". La journée ne se terminera qu'à 23h.

Son travail, en ce moment, c'est la gestion de la crise : faire le lien entre les équipes, les transmissions, rassurer les personnels, les encourager, anticiper les plannings, gérer la vague." Le service réorganisé compte aujourd'hui 75 infirmères et 25 assistants de régulation. 200 personnes travaillent actuellement aux urgences de Mulhouse. "Les équipes sont formidables". Toutes les opérations non urgentes ayant été déprogrammées, le personnel de l'hôpital est venu en renfort en première ligne. Le 3 avril, l'hôpital Emile Muller comptait 490 lits dédiés au covid19 sur les 1000 lits disponibles. Avec le soutien de l'hôpital militaire, 80 lits de réanimations covid supplémentaires ont été créés. Tous pleins en continu. Ici par contre, personne ne compte ses heures.

Solidarité

Pour le matériel, les urgences de Mulhouse ont connu un vaste élan de solidarité. "Au début de la crise, c'était la disette, on n'avait même pas de quoi tenir une journée. Pas de masque. Rien. Les moyens sont venus de la solidarité."

Niveau matériel, au début, on n'avait même pas de quoi tenir une journée
-Marc Noizet

Prêts de masques et de respirateurs de certains établissements du Grand Est... de quoi tenir le temps que les stocks d'Etat soient constitués. Dons d'entreprises aussi. Blouses, masques, seringues électriques... tout. " Grâce à cela nous n'avons jamais été en rupture mais nous avons eu de grosses frayeurs."

À ce sujet, la rédaction vous recommande

Coronavirus : nouveau transfert de malades par TGV depuis Mulhouse

La solidarité inter-établissement aussi. "Depuis le début de la crise, nous avons transféré 200 patients : 170 en France, 30 à l'étranger. C'est la seule solution pour pouvoir accueillir nos patients." Le 20 mars restera comme le jour où Marc Noizet a failli craquer. Failli. "Nous étions vraiment face à une augmentation vertigineuse de notre activité. Nous n'arrivions pas à transférer suffisamment de patients pour y faire face. On a échappé au pire. Le lendemain ça s'est calmé pour le week-end, avant de repartir à la hausse le lundi 23 mars."

Urgences de Mulhouse • © Document remis

Le 27 mars, la pression se fait encore plus dense. Le transfert de patients chez les voisins est devenu impossible, submergés qu'ils sont eux aussi. "Là je me suis dit, on va avoir des malades qui vont mourir. Des malades sauvables qu'on ne pourra pas sauver." C'est l'opération Morphée le lendemain puis un nouveau transfert TGV le 29 qui permettra d'éviter la catastrophe.

Toujours sur le fil du rasoir. "J'aurais été désespéré si j'avais été impuissant et seul. Mais je n'ai jamais été seul. J'avais toute une équipe derrière moi, toute une profession, tout un système. Oui l'hôpital a atteint ses limites ce jour-là, nous avons été tangents, très tangents mais on a réussi."

À ce sujet, la rédaction vous recommande

Coronavirus : un avion de l'armée va évacuer des patients de Mulhouse vers Bordeaux ce vendredi 27 mars

Et après ?

Ce qui ressort de cet entretien, c'est d'abord une grande fierté. A la hauteur de la vague. "Malgré ce service en grandes difficultés, nous avons pour l'instant réussi à faire face. Je suis fier : nous avons été les premiers confrontés en France à cette épidémie et nous sommes je pense, un modèle de réussite collective, de solidarité. Et j'inclus la direction de l'hôpital qui ne nous a jamais lâchés. Les mesures, l'organisation que nous avons adoptées ont ensuite été appliquées ailleurs."

Sur le plan personnel aussi Marc Noizet a beaucoup appris : "C'est encore un peu tôt pour le dire mais je peux dire que oui je suis endurant. J'ai tenu. Cinq semaines déjà. Des gens m'ont porté, des gens qui m'écrivaient tous les jours, des gens que je n'avais pas eu depuis 25 ans. Je n'ai même pas eu le temps de répondre à tout le monde. Dans ces cas là, il faut des gens qui vous tiennent, qui vous soutiennent."

Au bout d'une heure de conversation, j'arrive un peu à voir l'homme au bout du fil. A en cerner grossièrement les contours. Marc Noizet est un homme discret, simple. Cette fierté là n'est pas gratuite, elle lui en a coûté, c'est certain. "Moi, ce que je me dis c'est que nous ne sommes jamais arrivés à des choix extrêmes, à se dire qu'on a pas sauvé des gens qui pouvaient l'être comme en Italie. Evidemment, il y a des personnes non réanimables qui ne l'ont pas été ça oui. Mais, qui ne l'auraient pas été non plus hors covid."

Urgences de Mulhouse • © document remis

Pour la suite, quelles leçons tirer de ce drame ? "On s'est prouvé qu'on était capables. Je ne pensais pas qu'on puisse transformer ce qu'on présente souvent comme un mastodonte, l'hôpital, à ce point. On a fait preuve d'inventivité, on a tissé des liens inter-disciplines... Seul, personne n'aurait réussi. Il en restera un peu quand même. Comme ces soldats vétérans de la Seconde Guerre mondiale. Ce moment exceptionnel a créé des liens exceptionnels. J'ai seulement peur que tout cela retombe comme un soufflet, que chacun retourne à son quotidien, à sa discipline." A ses chapelles ?

Marc Noizet ne me fera pas la critique du lean management à l'hôpital, ni celui du manque de moyens pourtant criant, même au téléphone. Ce n'est pas le moment. Ce n'est pas le genre non plus. Son seul regret ne lui appartient d'ailleurs pas vraiment. Celui du retard national. "Est-ce qu'on aurait pas dû regarder ce qui se passait dans le Haut-Rhin plus tôt ? Prendre les mesures de confinement plus tôt ? Est-ce qu'on n'a pas pris une semaine de retard ?" L'urgentiste ne répondra pas à ses questions. Mais ses questions sont la réponse. Enfin je suppose.

Cécile Poure

https://france3-regions.francetvinfo.fr/grand-est/haut-rhin/mulhouse/temoignage-coronavirus-marc-noizet-chef-du-pole-urgences-mulhouse-violence-inouie-1812678.html

france culture

Soignants à bout de souffle

22/10/2020 (MIS À JOUR À 06:49)

Par Sarah D'hers

Infirmiers, aides-soignants, paramédicaux dénoncent une nouvelle fois leurs conditions de travail délétères, et alertent sur leur état de santé. Alors que pour la première fois depuis mai, le nombre total de malades du Covid-19 actuellement en réanimation a dépassé lundi soir la barre des 2 000.

Nombre de soignants sont épuisés et considèrent que l'hôpital n'est pas prêt pour une seconde vague. Photo : une infirmière, syndiquée à la CGT, lors d'une mobilisation des personnels soignants à Paris le 15 octobre 2020.• *Crédits : Alain Jocard - AFP*

La progression des chiffres du Covid-19 inquiète, en France comme dans le reste de l'Europe. Et ce jeudi, le Premier ministre Jean Castex va annoncer qu'un "*certain nombre de départements basculeront en alerte maximale*", a indiqué mercredi le porte-parole du gouvernement Gabriel Attal. Plusieurs nouvelles métropoles devraient ainsi être concernées par un couvre-feu, six jours après celui instauré entre 21h et 6h dans huit grandes villes ainsi que Paris et l'Ile-de-France. Ce que beaucoup qualifient de deuxième vague intervient alors que "*les équipes sont fatiguées*" nous expliquait hier le Professeur Xavier Lescure, de l'hôpital Bichat, à Paris. Voici d'autres témoignages en ce sens.

Des jours et des nuits éreintantes avec le souvenir des patients décédés

Pendant trois mois, elle a officié d'un service à l'autre, enchaînant les heures de jour comme de nuit, mais Anne-Frédérique Jourdain n'a pas sauté le pas. Cette infirmière en réanimation à l'hôpital Cochin, à Paris, songe à quitter l'hôpital public, abîmée par la première vague de l'épidémie. D'autres n'ont pas hésité.

Nous n'avions jamais le droit de nous reposer. Je faisais parfois jusqu'à 40 heures supplémentaires par semaine. Je ne sais pas si vous pouvez imaginer comme les journées et les nuits sont éreintantes. On a perdu des patients. Je me rappelle de Henri, de Danielle. Ils me hantent encore.

Cet épuisement figurait en bonne place des slogans le 15 octobre dernier. Trois mois après leur dernière mobilisation le 14 juillet, la CGT, SUD et divers collectifs appelaient à la grève et à une nouvelle journée de manifestations pour "des embauches massives immédiates" et des hausses de salaires. Avec plusieurs centaines de personnes dans les rues de Paris, Rennes ou Besançon :

Écouter

Écouter Reportage de Tara Schlegel sur l'épuisement des soignants dans le rassemblement parisien.
2 MIN
Reportage de Tara Schlegel sur l'épuisement des soignants dans le rassemblement parisien.

"*On a pas assez de compresses, on n'a pas de sérum physiologique. Quand on commande ne serait-ce que du savon, on en vient à avoir des réflexions des directions, même en période de Covid*", a notamment confié Lorie, intérimaire en psychiatrie, à Tara Schlegel. Ses heures supplémentaires n'ayant pas été payées depuis juin.

Aucune prise en charge, pas de reconnaissance

Dans son service, une collègue de Anne-Frédérique est, depuis, en arrêt maladie pour dépression, une autre en congés longue durée.

Nous ne sommes pas dans un très bon état. Nous attendions la mise en place d'un groupe de parole en septembre. Il n'y a rien eu jusqu'à ce que ma collègue s'effondre dans le RER. Le psychologue est arrivé dans le service. Ils ont pris note de ce qui n'allait pas et depuis, rien. Aucun retour. Si, on nous a demandé d'annuler nos vacances.

Avant d'ajouter, le coeur serré, "*le Covid n'est pas reconnu comme maladie professionnelle sauf si nous terminons en réanimation ou si l'on meurt, alors que nous sommes les premiers exposés, parfois sans tenue adaptée Comment prendre autant de risque pour notre santé à nouveau lors d'une seconde vague ? Sans aucune garantie ? Sans aucune protection ? Personne ne connaît les séquelles de cette maladie*."

Seuls les soignants atteints du Covid dans sa forme sévère verront leur maladie systématiquement et automatiquement reconnue comme une maladie professionnelle, selon les termes du ministère de la Santé.

Mobilisation des personnels soignants le 15 octobre dernier à Paris. Avec un appel par plusieurs syndicats et collectifs à faire grève partout en France pour réclamer des embauches et des hausses de salaires.• *Crédits : Jérôme Leblois / Hans Lucas - AFP*

"Il faut soigner nos soignants"

A l'approche d'une seconde vague, Hugo Dudouit, aide-soignant aux urgences de l'hôpital public Ambroise-Paré à Boulogne, décrit le manque de blouses, le matériel défectueux, les sous-effectifs, les démissions en cascade. Il compare l'hôpital public à un champ de ruines. "*On manque surtout de lits et même si on réclame des lits supplémentaires il faut du personnel supplémentaire et ça, ce n'est pas possible car nous sommes en crise. Une crise qui ne date pas d'hier"* soupire le jeune soignant d'à peine 21 ans, entre désarroi et colère.

Aujourd'hui, on bricole avec le matériel qu'on a, on fait comme on peut, dans des conditions anxiogènes. Il faut prendre soin des humains, il faut soigner nos soignants.

Pour motiver le personnel médical, le gouvernement a promis d'accélérer la hausse des salaires négociée lors du Ségur de la santé (signé par la CFDT, FO et l'Unsa) ainsi qu'une prime pour congé non pris et une

enveloppe de 50 millions d'euros pour l'ouverture "immédiate" de 4 000 lits supplémentaires. Le membre du collectif Inter Urgences Hugo Dudouit n'est pas convaincu :

Tant que le personnel soignant ne sera pas reconnu à sa juste valeur, il s'en ira et personne ne sera là pour les remplacer. On est en train d'assister à la mise à mort de l'hôpital public.

À RÉÉCOUTER
Réécouter L'hôpital est-il armé pour la deuxième vague ? 39 MIN
LE TEMPS DU DÉBAT
L'hôpital est-il armé pour la deuxième vague ?

190 recrutements, 190 départs

Qui plus est, les arrêts maladie ne sont pas remplacés, les heures supplémentaires régulièrement impayées et la reconnaissance absente. "*Les départs sont gelés*, *comme les mutations pour retenir le personnel*" explique Aglawen Vega, secrétaire générale de la CGT à l'hôpital Cochin. L'ancienne infirmière qui a travaillé pendant quinze ans aux urgences regrette qu'aucune des mesures du secteur de la santé ne soit visibles aujourd'hui dans les centres hospitaliers :

Un hôpital avec des services en souffrance ne recrutera pas de professionnels qui préfèreront aller dans des services où ils ne seront pas obligés de faire des heures supplémentaires sans limite et de renoncer à des vacances et des repos. Et où ils seront mieux payés.

"*A l'hôpital Bichat, à Paris, il y a eu 190 recrutements depuis la crise et 190 départs*" évalue le professeur de médecine de la Pitié-Salpêtrière André Grimaldi. Le résultat de mauvaises politiques de santé publique, avec depuis des années, un seul mot d'ordre : du flux, pas de stock. "*L'hôpital public se transforme depuis des années en entreprise"* blâme André Grimaldi. Il dénonce une politique de "*suractivité rentable*" qui a pour conséquence, en plus du manque de masques, de tests, de médicaments, un personnel compétent qui s'en va.

À LIRE AUSSI
ACTUALITÉS
Professeur André Grimaldi : "Il est temps de s'apercevoir que la santé doit échapper à la loi du marché !"

Avec la collaboration d'Eric Chaverou

Sarah D'hers

https://www.franceculture.fr/societe/soignants-a-bout-de-souffle

INTERNATIONAL …

canada securite hopitaux

LA PRESSE .CA

Sécurité dans les hôpitaux: «Il faut que les gens comprennent le niveau de violence»

PHOTO FRANÇOIS ROY, ARCHIVES LA PRESSE

Selon la psychiatre Florence Chanut, **les « histoires à donner froid dans le dos » sont devenues « monnaie courante » dans les hôpitaux.**

Un important groupe de professionnels du milieu de la santé exige que les hôpitaux deviennent plus sécuritaires à la suite de la tentative de meurtre d'un patient contre son psychiatre, au pavillon Albert-Prévost, affilié à l'hôpital du Sacré-Cœur. « Tous les acteurs du système doivent se sortir la tête du sable, enlever leurs lunettes roses et agir pour sécuriser nos hôpitaux », écrivent les deux signataires d'une lettre – appuyés par 150 de leurs collègues – dévoilée lundi.

Publié le 18 novembre 2019 à 5h00

Selon la psychiatre Florence Chanut, les « histoires à donner froid dans le dos » sont devenues « monnaie courante » dans les hôpitaux. « Il faut que les gens comprennent le niveau de violence », a dit l'instigatrice de la lettre (publiée dans notre section Débats) à *La Presse*.

L'élément qui a déclenché l'écriture de ce billet a été la tentative de meurtre contre son collègue Mario Roy, le 29 octobre. Joshua Côté-Mashala a poignardé son psychiatre avec une arme tranchante. Le patient a été accusé de tentative de meurtre tandis que le médecin a été transféré dans un autre hôpital, où on ne craignait pas pour sa vie.

Selon la lettre, seulement trois employés ont continué à travailler à la suite de cette agression. Dix ont été placés en arrêt de travail à la suite du choc qu'ils ont subi. Des patients ont aussi été affectés par la scène à laquelle ils ont assisté.

« Dans les heures qui ont suivi, un patient a fugué, un a signé un refus de traitement. Une autre a demandé à être euthanasiée, car dans sa dépression psychotique, la dame âgée était convaincue que tout était de sa faute. D'autres patients s'enfoncent dans leur psychose exacerbée par les cris, le sang, la terreur », lit-on dans la lettre publiée dans nos pages.

La Dr Chanut s'offusque que deux semaines après l'événement, seulement deux gardiens de sécurité travaillent dans tout l'hôpital. Un troisième gardien a été embauché à la suite de l'agression, mais il a été remercié la semaine dernière, selon la docteure.

Marc Labonté, directeur des programmes de santé mentale et dépendance au CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, réfute cette information et affirme qu'un troisième gardien de sécurité est toujours en poste le matin, le soir et la nuit. Il ajoute que des détecteurs de métal sont aussi placés

à l'entrée des urgences de l'hôpital psychiatrique depuis quelques années. Il convient que les patients peuvent toutefois emprunter une autre porte que celle des urgences.

Je n'ai pas de raison de dire que [le pavillon Albert-Prévost] n'est pas sécuritaire. Les employés exercent une vigilance importante, et les médecins le font également. Nous avons des mesures pour prévenir ce genre de geste aux urgences avec nos équipements de détection de métal.

Marc Labonté, directeur des programmes de santé mentale et dépendance au CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal
M. Labonté a d'ailleurs qualifié l'agression « d'événement exceptionnel ».
L'hôpital du Sacré-Cœur a déclenché une enquête, il y a deux semaines, pour évaluer les mesures de sécurité dans l'établissement. Les résultats ne sont pas encore connus.

Pareil partout

L'événement au pavillon Albert-Prévost n'est pas une situation isolée, soutiennent les auteurs de la lettre.
Le chef des urgences psychiatriques de l'hôpital Notre-Dame, le Dr Stéphane Proulx, a été bouleversé par la tentative de meurtre contre son collègue du pavillon Albert-Prévost. Le médecin psychiatre s'inquiète depuis longtemps de la sécurité dans les hôpitaux, mais ce geste de violence lui a donné la force de parler publiquement.

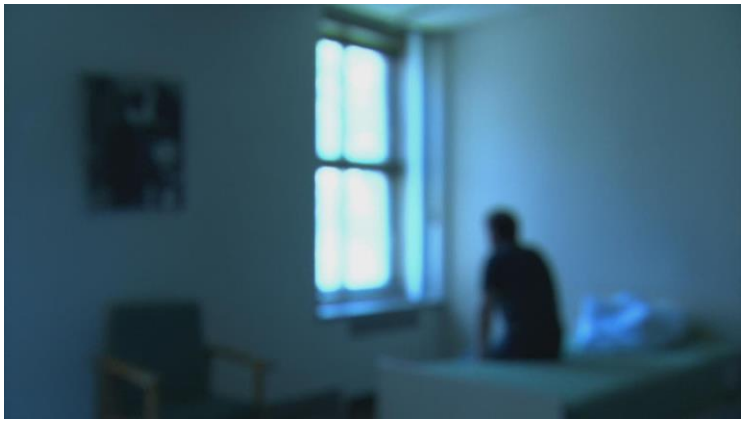
Les hôpitaux sont des passoires. Il n'y a pas de détection de métal, il n'y a pas de fouilles. Quelqu'un qui m'en veut peut rentrer dans l'hôpital, demander où je me situe, arriver devant moi et faire ce qu'il a à faire.

Le Dr Stéphane Proulx, chef des urgences psychiatriques de l'hôpital Notre-Dame
Le médecin John P. Sader, qui travaille avec une clientèle toxicomane et avec des personnes ayant des troubles psychiatriques, appuie la déclaration. Pour lui, les hôpitaux ont besoin de plus de ressources pour devenir sécuritaires.
« C'est notre devoir de société de donner des soins aux patients, mais aussi de les protéger contre eux-mêmes et de protéger le personnel des gens qui ne sont pas toujours en contrôle de leur comportement », affirme l'omnipraticien de la clinique médicale 1851.
Pour les auteurs de la lettre, ces situations ne peuvent plus durer.
« Le pire est déjà arrivé », clament-ils.

https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2019-11-18/securite-dans-les-hopitaux-il-faut-que-les-gens-comprennent-le-niveau-de-violence

RADIO-CANADA.CA

Hausse des agressions dans les hôpitaux psychiatriques



Plus d'agressions du personnel dans les hôpitaux psychiatriques, l'augmentation du nombre de cas lourds serait une des causes.
PHOTO : RADIO-CANADA

Davide Gentile (accéder à la page de l'auteur)Davide Gentile
Daniel Boily (accéder à la page de l'auteur)Daniel Boily
Publié le 8 février 2020

Les agressions survenues cette semaine à l'Hôpital Albert-Prévost reflètent un problème qui s'accentue au Québec. Entre 2014 et 2018, le nombre d'agressions signalées a augmenté de 40 % dans les hôpitaux psychiatriques et les centres de désintoxication. Un problème attribué au grand nombre de cas lourds et à la formation insuffisante du personnel.

Malgré sa longue expérience en psychiatrie, il affirme se sentir souvent en danger. C'est de la peur, je dirais. La peur d'être le prochain, indique le Dr Stéphane Proulx, directeur de l'urgence psychiatrique de l'Hôpital Notre-Dame à Montréal. Un sentiment répandu dans les départements de psychiatrie de la région de Montréal. J'ai été menacé de mort, frappé par un patient au cou. Je me suis fait cracher au visage. Le médecin affirme que c'est pire pour les préposés aux bénéficiaires, les agents de sécurité et les infirmières.
Des agressions sont survenues à d'autres endroits qu'Albert-Prévost. L'an dernier, un membre du personnel de l'hôpital Douglas s'est retrouvé dans le coma après une très violente agression. L'homme a subi des mois de réhabilitation.

Si les cas ne sont pas tous aussi dramatiques, les chiffres indiquent une croissance de la violence. En 2016, on rapportait 66 agressions dans les hôpitaux psychiatriques et les centres de désintoxication. Cinq ans plus tard, on en dénombrait 92, une augmentation de 40 %. Au total, 390 événements violents ont été rapportés au cours de ces 5 années, un chiffre qui serait inférieur à la réalité, selon les professionnels du secteur.

Le Dr Stéphane Proulx pense qu'un des principaux facteurs est l'augmentation du nombre de cas lourds. Parce que les unités de psychiatrie légale sont rares, bien des patients qui ont un potentiel de violence se retrouvent dans les hôpitaux conventionnels. Est-ce qu'on est équipés pour ça? La

réponse est non , affirme le Dr Proulx. Ses propos sont corroborés à micro fermé par plusieurs sources consultées par Radio-Canada depuis un an.

Une formation à améliorer

L'autre problème se situe au niveau du personnel. Le niveau de dangerosité augmente et les équipes sont moins bien formées, résume Karine Cabana, coordonnatrice aux affaires sociales pour le Syndicat canadien de la fonction publique. Elle estime qu'un cercle vicieux s'installe dans les établissements de psychiatrie comme l'Institut Philippe-Pinel. Les plus expérimentés décident de sortir des milieux violents pour aller vers ceux qui le sont moins , dit Mme Cabana. Cette perte d'expertise fait peser un lourd fardeau sur les épaules des jeunes qui restent. Dans le milieu, on s'entend aussi pour dire que la formation des intervenants doit être améliorée.

On doit intervenir de manière sécuritaire et non de manière répressive. Ça demande une formation élevée et on ne l'a pas toujours.

Louis-Martin Reid-Gaudet, Fédération de la santé et des services sociaux (FSSS-CSN)

Il pense que les sanctions données aux établissements fautifs sont risibles. Au Québec, contrairement au reste du Canada, on a peu de mesures dissuasives, dit-il. Par courriel, le cabinet de la ministre de la Santé Danielle McCann affirme accompagner les établissements dans la recherche de solutions.

Un groupe de travail sur la sécurité des usagers et du personnel en psychiatrie a d'ailleurs été mis sur pied. Le Dr Stéphane Proulx pense que le temps presse pour le personnel et les patients. Et il affirme souscrire aux récriminations de groupes de défense des droits en santé mentale. Ils nous disent que les soins ne sont pas humains et c'est vrai qu'ils sont déshumanisés.

https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1512573/violence-employe-hopital-psychiatrique-sante-mentale

World Health Organization

Violence and Injury Prevention

- VIP home

Violence against health workers

Health workers are at high risk of violence all over the world. Between 8% and 38% of health workers suffer physical violence at some point in their careers.

Many more are threatened or exposed to verbal aggression. Most violence is perpetrated by patients and visitors. Also in disaster and conflict situations, health workers may become the targets of collective or political violence. Categories of health workers most at risk include nurses and other staff directly involved in patient care, emergency room staff and paramedics.

Violence against health workers is unacceptable. It has not only a negative impact on the psychological and physical well-being of health-care staff, but also affects their job motivation. As a consequence, this violence compromises the quality of care and puts health-care provision at risk. It also leads to immense financial loss in the health sector.

Interventions to prevent violence against health workers in non-emergency settings focus on strategies to better manage violent patients and high-risk visitors. Interventions for emergency settings focus on ensuring the physical security of health-care facilities. More research is needed to evaluate the effectiveness of these programmes, in particular in low-resource settings.

WHO, ILO, ICN and PSI jointly developed *Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector* to support the development of violence prevention policies in non-emergency settings, as well as a questionnaire and study protocol to research the magnitude and consequences of violence in such settings. For emergency settings, WHO has also developed methods to systematically collect data on attacks on health facilities, health workers and patients.

Framework guidelines

- Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector

Country case studies

- Australia
  pdf, 494kb
- Brazil
  pdf, 1.92Mb
- Bulgaria
  pdf, 2.27Mb
- Lebanon
  pdf, 683kb
- Mozambique
  pdf, 372kb

- Portugal
  pdf, 1.63Mb
- South Africa
  pdf, 2.31Mb
- Thailand
  pdf, 429kb

Research instruments

- Survey questionnaire (English)
  pdf, 348kb
- Survey qustionnaire (Italian)
  pdf, 460kb
- Guidelines for focus group discussion
  pdf, 136kb
- Research protocol
  pdf, 154kb
- Sample design
  pdf, 69kb

Working papers

- Workplace violence in the health sector: Synthesis report
  pdf, 332kb
- Workplace violence in the health sector: State of the art
  pdf, 400kb
- Management of workplace violence victims
  pdf, 410kb
- Relationship of work stress and workplace violence in the health sector
  pdf, 471kb
- Comparison of major known guidelines and strategies
  pdf, 540kb

https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/workplace/en/

Coronavirus : près de 200 actes de violence contre des soignants depuis le début de l'épidémie

Au moins 200 incidents de violence contre des soignants ont été enregistrés depuis le début de la pandémie de Covid-19 a annoncé le Comité international de la Croix-Rouge mercredi 27 mai **Sarah Belien**

PUBLIÉ LE 28/05/2020 À 04:07

Des soignants devant le CHU de Caen en février 2020.Crédit : Sameer Al-DOUMY / AFP

Harcèlement, stigmatisation, violences physiques... Près de 200 incidents de violence contre des soignants ont été reportés depuis le début de la pandémie de Covid-19, a indiqué le Comité international de la Croix-Rouge (CICR) mercredi 27 mai, soulignant que cette violence "prend de l'ampleur".

Face à cette situation, des dirigeants de 13 organisations médicales et humanitaires mondiales, parmi lesquelles le CICR, Médecins du Monde, la Fédération internationale des Hôpitaux et le Conseil international des Infirmières, ont publié **une déclaration condamnant les attaques de plus en plus nombreuses** dirigées contre des personnels et des établissements de santé dans le contexte de la pandémie.

Comme l'explique le CICR, cette communauté d'intérêt dénonce les attaques liées à la pandémie et "**s'alarme de l'ampleur que prend ce phénomène** qui met en péril tant les soignants, acteurs essentiels de la riposte à la pandémie, que les communautés qu'ils servent".

Harcèlement, intimidation, violences physiques

Dans la déclaration, les dirigeants des organisations affirment que "si les récentes manifestations publiques de soutien aux acteurs de la riposte au Covid-19 font chaud au cœur, il n'en demeure pas moins que bon nombre d'entre eux sont **victimes de harcèlement, de stigmatisation et de violences physiques**".

•

La déclaration pointe que "certains professionnels de la santé ont même été tués ainsi que les patients dont ils s'occupaient", et qu'"il **ne se passe pas un seul jour sans que de nouveaux cas d'intimidation et de violences** ne soient rapportés".

La pression des systèmes de santé pointée du doigt

Les organisations appellent les gouvernements à agir pour lutter contre la désinformation, et à veiller notamment à ce que les professionnels de la santé **puissent travailler dans un "environnement sûr et à ce qu'un soutien psychologique** soit proposé non seulement aux victimes de violences, mais aussi aux personnes soumises à des niveaux de stress élevés dans leur travail".

Le CICR indique aussi que la pandémie accroît encore la pression sur les personnels et les systèmes de santé déjà mis à rude épreuve dans certaines régions par "un conflit ou un manque d'investissements". Comme les violences perpétrées récemment à Kaboul et au Darfour dont ont été victimes des établissements et des personnels de santé, ainsi que des patients.

https://www.rtl.fr/actu/international/coronavirus-pres-de-200-actes-de-violence-contre-des-soignants-depuis-le-debut-de-l-epidemie-7800556843

LA RÉDACTION VOUS RECOMMANDE

- **Coronavirus : victimes d'agressions, des soignants d'hôpitaux seront escortés jusqu'au métro**
- **Coronavirus : une généraliste agressée à Lyon, son véhicule SOS Médecin volé**
- **Coronavirus : une pédiatre témoigne après avoir reçu des menaces**
- **Confinement : faire face aux violences conjugales**

thebmj

Violence against female health workers is tip of iceberg of gender power imbalances

BMJ 2020; 371 doi: https://doi.org/10.1136/bmj.m3546 (Published 27 October 2020)Cite this as: BMJ 2020;371:m3546

1. *Asha S George, professor*[1], *Frances E McConville, midwifery officer*[2], *Shaheem de Vries, medical director*[3],
2. *Gustavo Nigenda, professor*[4], *Shabnum Sarfraz, senior technical officer*[5], *Michelle McIsaac, economist*[6]
Author affiliations
1. Correspondence to: A S George asgeorge@uwc.ac.za

Tackling gender power relations is key to ensuring the safety and wellbeing of health workers and the ability to deliver quality care, say Asha George and colleagues

Twenty five years ago the Beijing Platform for Action for Women advocated for women's rights to health. In doing so, it recognised women as important providers of healthcare and not just as users of it. Since then, attention to the predominantly female composition of the health workforce and the central role of health workers to global health, and to economies more broadly, has increased.[1] Nevertheless, the potential contribution of female health workers to advancing global health remains inhibited by several factors, including those underpinned by gender power relations. One of the more extreme and harmful forms of abuse of gender power relations is the violence perpetrated against female health workers. Such violence continues even as health workers respond to the covid-19 pandemic.[2]

A joint task force on workplace violence in the health sector, set up nearly two decades ago by the International Labour Office, International Council of Nurses, World Health Organization, and Public Services International, emphasised that workplace violence is a structural problem rooted in social, economic, organisational, and cultural factors.[3] As well as responding to and mitigating individual incidences of workplace violence in healthcare, it is therefore essential to also tackle the underlying gender power dynamics at a broader organisational and societal level if we are to protect women health workers.

Overlooked problem

Violence in the workplace is defined as "Incidents where staff are abused, threatened or assaulted in circumstances related to their work, including commuting to and from work, involving an explicit or implicit challenge to their safety, well-being or health."[3] Workplace violence affects all health workers, but it is particularly harmful to women. Gender power relations and their intersectionality with other factors, such as age, ethnicity, and income, are associated with the form and source of violence experienced by female health workers but are often hidden like the base of an iceberg (**fig 1**). Despite the structural causes of violence against health workers being recognised over two decades ago, the widespread prevalence of the problem throughout the health workforce hierarchy and its gendered roots continue to be ignored (**box 1**).

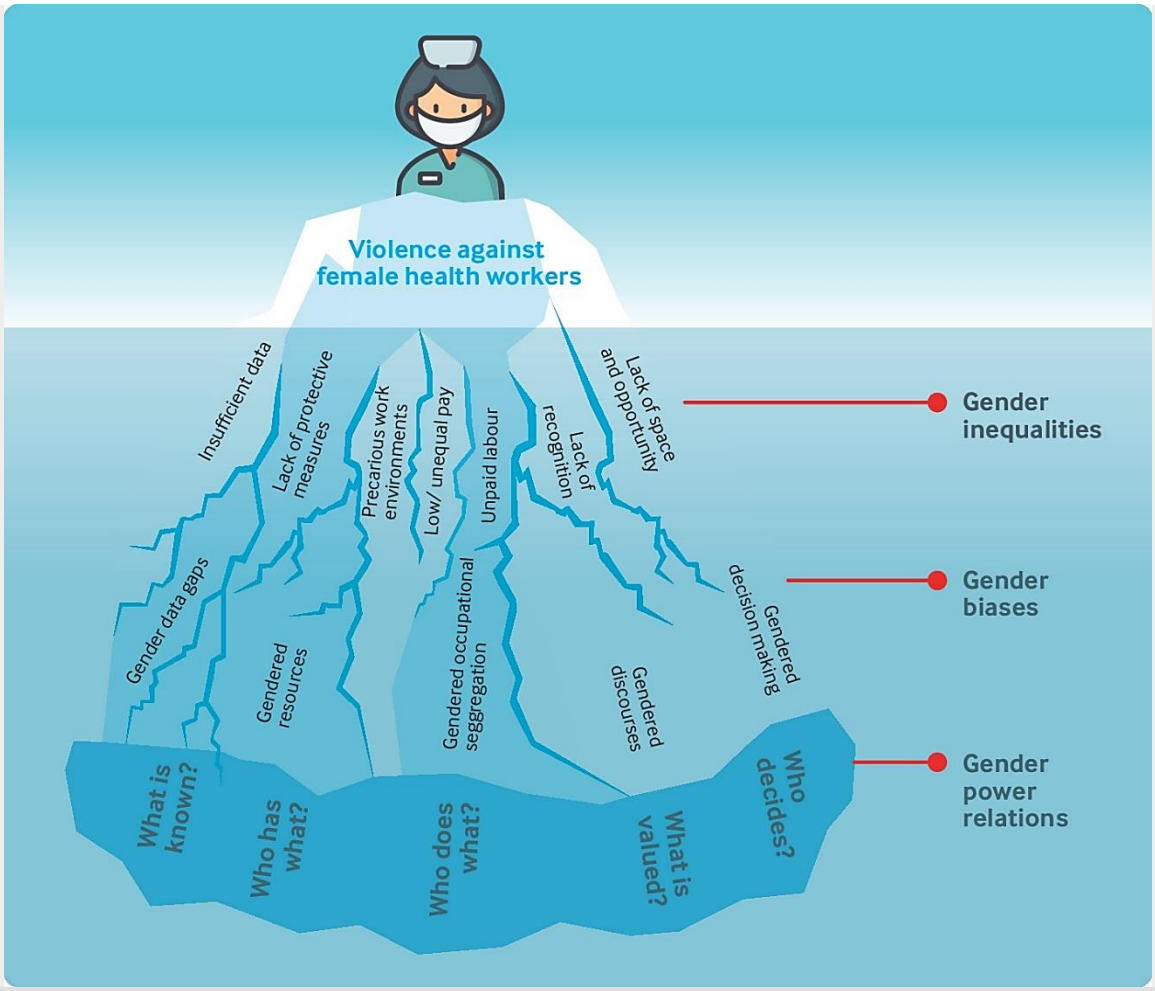


Fig 1
Gendered dimensions of the health workforce underpinning violence against female health workers

- Download figure
- Open in new tab
- Download powerpoint

Box 1

Violence against health workers: a worldwide problem

Health worker surveys show that female health workers are greatly affected by violence:

- In a US survey of 1066 academic medical staff, 30% of women reported experiencing sexual violence in the workplace compared with only 4% of men[4]
- In the Republic of Korea, of 970 female nurses surveyed, 64% reported experiencing verbal abuse in the past year and 42% threats of violence[5]
- In Rwanda of 297 health workers surveyed, 39% had faced at least one form of workplace violence, such as verbal abuse, bullying, and sexual harassment, over a year, with women disproportionately represented and affected in all categories[6]
- In Nepal, 42% of 190 female health workers who participated in a survey on sexual harassment reported experiencing sexual harassment in the form of verbal and physical abuse, and almost two thirds reported being harassed by senior male colleagues[7]

Qualitative research suggests that many female health workers feel unsafe:

- In Bangladesh, where all midwives are women, a qualitative study found that the mobility of midwives after dark was perceived as “inviting sexual assault”[8]
- In Malawi and Ghana, young unmarried women who provide midwifery care and live in rural areas without secure accommodation report being concerned for their personal safety[9]

- In Kenya, community health workers report experiencing threats of violence from husbands of women they are providing with HIV testing. Cases of rape were also reported, leading to calls for security services to accompany community health workers[10]

Reports suggest that health workers are targets during emergencies:

- Attacks on health workers are even more prevalent in settings affected by fragility, conflict, and violence, with examples from the Ebola outbreak in the Democratic Republic of the Congo, polio vaccination workers being targeted in Pakistan, and doctors killed in the Libyan conflict[11]
- In Mexico, since the start of the covid-19 pandemic, violence has spread to hospitals, where the public blames health workers, particularly nurses, for disseminating the disease[12]

RETURN TO TEXT

Violence against female health workers in the workplace undermines their confidence andundercuts their ability to progress in their careers or be promoted to the leadership positions from which they could prevent and curtail abuses of power. The long term effect of violence against health workers is burnout and moral distress, which leads to absenteeism and attrition. In addition, fewer women may not choose to pursue health occupations if workplace violence is not adequately addressed. Eventually this could impede efforts to meet the global shortfall of health workers. The resulting vacancies place additional stress on remaining health workers and can further undermine their ability to provide quality care.

Gender power relations underpinning the violence

We build on Batliwala's feminist analysis[13] to focus on five key dimensions of how gender power relations undermine female health workers and heighten their vulnerability to violence in the workplace (**fig 1**). This includes what is known (visibility), who has what (resources, policies), who does what (division of labour), who is valued (social norms and discourse), and who decides (agency, leadership).

What is known?

Although tools have been developed to measure workplace violence, they are not routinely used in health facility surveys. Under-reporting within existing efforts to measure workplace violence is also a problem, creating a misperception that sexual harassment cases are rare.[14] Violence against female health workers may be under-reported because of stigma around reporting or because it is perceived as normal practice. The lack of visibility undermines the ability to champion reform.[15] Insufficient data on violence against female health workers echoes a broader lack of prioritisation to measurement and acknowledgement of women's experiences and contributions to healthcare.[16]

Who has what?

Even when women who experience workplace violence overcome the stigma or normalisation of their victimisation, trusted mechanisms for reporting and addressing such violations may not exist.[17] In India, mechanisms set up to handle sexual harassment incidents in hospitals were often overseen by management staff who were not neutral or were implicated in cases themselves.[18] Organisational mechanisms may also lack legislative backing. In 2019, 59 countries did not have laws prohibiting sexual harassment in the workplace, 100 countries had no civil remedies for sexual harassment in the workplace, and 110 had no criminal penalties for sexual harassments in the workplace.[19]

Safety in the workplace has varied meanings and requirements for women and men across the health workforce. Different occupations may be exposed to different physical and psychological risks across diverse healthcare settings. For example, informal community led care is predominately provided by women, who are often from poorer communities with less access to education or paid employment. They are less likely to have access to personal protective equipment than surgeons in a tertiary hospital, who are more likely to be men. In addition, the male norm used for designing protective equipment is an example of bias against all female health workers and for male health workers who don't fit the norm. The importance of access to protective equipment for health workers is evident in crises such as the covid-19 pandemic and Ebola outbreaks.

Who does what?

Another reason why female health workers fail to report violence or advocate for safe working conditions is the gendered economic risks they face. Female health workers, particularly those from marginalised groups, are often in more precarious or part-time contracts with lower remuneration and benefits, even when in the same occupational group as men.[20][21] Strikingly the gender pay gap in the health sector is larger than the average of all labour sectors combined.[21]

The nature of the health labour market can also reinforce particular gender dynamics. In countries with low ratios of health workers to patients, such as Pakistan, the high demand for their skills means women find it easier to switch jobs than report victimisation.[22] In contrast, in Mexico the increasing numbers of trained health workers and a restrictive policy of permanent positions in the public sector make it more difficult for nurses to get and maintain jobs.[23] Female nurses may therefore fear the ramifications of reporting workplace violence.

Not only are female health workers placed at greater economic risk than male health workers, they also tend to work in more precarious and unsafe settings. Midwives and specialist primary care nurses often work night shifts by themselves in patient's homes.[24] Female health workers, particularly community and other field health workers, are responsible for outreach services or are based in remote locations, which also exposes them to violence.[10][25][26] This occupational vulnerability is heightened by the broader gendered occupational segregation that occurs in healthcare.[27]

Who is valued?

The professional and economic hierarchies that constrain all female health workers, but particularly those from marginalised backgrounds, normalise and mask a broader lack of recognition of female health workers' needs or even disrespect for their skills and expertise. For example, in South Africa, female community health workers' gendered professional and personal needs were not articulated by policy makers.[28] At a broader level, the discourse around many female dominated health occupations, such as nursing and midwifery, as a caring versus curing profession, has historically justified its subordination to medicine and ignores the importance of caring for physical and emotional healing. Nurses and midwives tend to lack professional autonomy within the health workforce[24] because their capacities and skills are generally not recognised or valued by medical and institutional hierarchies.[15][29][30]

Who decides?

Gender power relations are further reinforced by the constraints placed against female health workers in terms of their agency, leadership, and ability to mobilise collective action to defend their interests. Discriminatory gender norms make women feel they are not of equal merit, which can lead to self-censorship.[31] Additional layers of social stigma exist within the health workforce in countries such as Pakistan, where women opting for nursing are usually from lower income groups and religious minorities. In our experience, this adds to the occupational hierarchies faced by female health workers. Lack of investment in women's professional development and leadership skills, even when they are included in decision making forums, inhibits them from advocating their case.[32]

Empowering change

Following Batliwala's categorisation of power,[13] if female health workers are to wield power to transform the gendered nature of workplace violence, they require several other forms of power. They must have the "power within" to believe in their capabilities and expertise despite the many forms of hierarchy they face in their workplace. They must have "power with others" to build effective coalitions to support collective action to address their interests. Finally, they must have "power under" their control, rather than being used or drawn into broader power dynamics. Given their experiences of marginalisation, female health workers are not inherently agents of transformation[29][33] unless supported and held accountable for being such agents.

Action is needed in three areas to break up the iceberg of gender power relations that interferes with female health workers' rights, responsibilities, and roles in global health and exposes them to violence. Firstly, building an understanding of the shared nature of the problem is critical. Violence against female health workers, like all women's issues, is not just important for women. It affects all health workers, all healthcare environments, and our ability to effectively expand and improve healthcare services to rise to the challenge of universal health coverage. More resources dedicated to understanding the extent, nature, and basis for change are required. Apart from better reporting,

participatory initiatives that use other ways of understanding and reframing the problem are also needed to tackle ingrained gender biases.[34]

Secondly, professional associations, organisations, and regulatory bodies that governhealthcare and the health workforce require leadership that is more representative of gender, occupation, and other relevant social backgrounds. Most countries have a chief nursing and midwifery officer,[35] and governments need to expand these roles and ensure they are coupled with leadership training enabling the officers to advocate for reducing gender imbalances. Professional associations, UN agencies, and non-governmental organisations must coordinate action, give visible support, and enforce zero tolerance for workplace violence. This includes supporting the International Labour Organisation's 190th convention, which recognises everyone's right to a world of work that is free from violence and harassment, including gender based violence and harassment.[36]

Finally, we must empower women in the health workforce to find their voice and participate in this coordinated action. Now is a good time in which to focus on this problem as 2020 is the International Year of the Nurse and the Midwife, celebrating 200 years since the birth of Florence Nightingale, an extraordinary woman who challenged the status quo and advanced the professionalisation of nursing and midwifery. The ILO Convention 190 has been ratified and the Beijing+25 event marking the anniversary of the Platform for Action for Women provides an opportunity for health and social sectors to advance the various gender reforms required to honour the calls for women's empowerment and gender equality. We must support these currents of change. The ambitious goals set to achieve universal health coverage, especially given the realities of covid-19, cannot be met unless the rights of women who are responsible for delivering such care are acknowledged, protected, respected, supported, and promoted.

Key messages

- Violence against female health workers is an extreme form of abuse of power within the health workforce
- Tackling underlying gendered power dynamics is key to stopping violence against female health workers
- Achieving good quality healthcare worldwide requires the rights of the women responsible for delivering care to be acknowledged, protected, respected, supported, and promoted

Footnotes

- In this article "female" is used as an adjective for women; it does not denote sex, but rather highlights a linguistic gap that remains outstanding.
- Contributors and sources: ASG and FM led the conceptualisation of the paper. ASG led the drafting and finalisation of the article with FM, MM, GN, and SS writing various sections. All authors read the final version and approved it. The authors are researchers and practitioners engaged in various ways with health workers and draw from our collective experience and knowledge of the literature. We appreciate inputs from Avni Amin, Michelle Remme, and Berit Kieselbach, and thank Natalie Trout for help with the design of the figure.
- Competing interests: We have read and understood BMJ policy on declaration of interests and have no relevant interests to declare. ASG is supported by Countdown 2030, the Health Systems Extra Mural Unit funded by the South African Medical Research Council, and the South African Research Chair's Initiative of the Department of Science and Technology and National Research Foundation of South Africa (Grant No 82769). The content does not represent the official views or policies of the authors' organisations or funders.
- Provenance and peer review: Commissioned; externally peer reviewed.
- This article is part of a series commissioned by *The BMJ* based on an idea from the UN University International Institute for Global Health (UNU-IIGH) and World Health Organization to mark the 25th anniversary of the adoption of the 1995 Beijing Platform for Action. UNU-IIGH

paid the open access fees. *The BMJ* retained full editorial control over external peer review, editing, and publication.

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution IGO License (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/igo/), which permits use, distribution, and reproduction for non-commercial purposes in any medium, provided the original work is properly cited.

References

1. World Health Organization. Working for health and growth: investing in the heatlh workforce. 2016;264. https://dare.uva.nl/aup/nl/record/372393
2. 1. McKay D, 2. Heisler M, 3. Mishori R, 4. Catton H, 5. Kloiber O
. Attacks against health-care personnel must stop, especially as the world fights COVID-19. Lancet2020;395:1743-5. doi:10.1016/S0140-6736(20)31191-0. pmid:32445692
CrossRefPubMedGoogle Scholar
3. International Labour Office, International Council of Nurses, World Health Organization, Public Services International. Framework guidelines addressing workplace violence in the health sector. 2002. http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/en/WVguidelinesEN.pdf?ua=1&ua=1%0Ahttp://who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/en/WVguidelinesEN.pdf?ua=1&ua=1
4. 1. Jagsi R, 2. Griffith KA, 3. Jones R, 4. Perumalswami CR, 5. Ubel P, 6. Stewart A
. Sexual harassment and discrimination experiences of academic medical faculty. JAMA2016;315:2120-1. doi:10.1001/jama.2016.2188 pmid:27187307
CrossRefPubMedGoogle Scholar
5. 1. Park M, 2. Cho SH, 3. Hong HJ
. Prevalence and perpetrators of workplace violence by nursing unit and the relationship between violence and the perceived work environment. J Nurs Scholarsh2015;47:87-95. doi:10.1111/jnu.12112 pmid:25352254
CrossRefPubMedGoogle Scholar
6. 1. Newman CJ, 2. de Vries DH, 3. d'Arc Kanakuze J, 4. Ngendahimana G
. Workplace violence and gender discrimination in Rwanda's health workforce: increasing safety and gender equality. Hum Resour Health2011;9:19. doi:10.1186/1478-4491-9-19 pmid:21767411
CrossRefPubMedGoogle Scholar
7. 1. Prasad S, 2. Bhusal K
. Work place sexual harassment among female health workers in grass-root level health institutions in Nepal. Occup Med Health Aff2015;3:6879.
Google Scholar
8. 1. Blum LS, 2. Sharmin T, 3. Ronsmans C
. Attending home vs. clinic-based deliveries: perspectives of skilled birth attendants in Matlab, Bangladesh. Reprod Health Matters2006;14:51-60.pmid:16713879
CrossRefPubMedWeb of ScienceGoogle Scholar
9.

1. Reid L
2. Hussein J,
3. Phoya A,
4. Ansong Tornui J,
5. Okiwelu T

. Midwifery practice in Ghana and Malawi: influences of the health system. In: Reid L, ed. *Freedom to practise: an international exploration of midwifery practice.*Churchill Livingstone Elsevier, 2007: 75-99.
Google Scholar

10.

1. Steege R,
2. Taegtmeyer M,
3. McCollum R,
4. et al

. How do gender relations affect the working lives of close to community health service providers? Empirical research, a review and conceptual framework. Soc Sci Med2018;209:1-13. doi:10.1016/j.socscimed.2018.05.002 pmid:29777956
CrossRefPubMedGoogle Scholar

11.

1. Salama P,
2. McIsaac M,
3. Campbell J

. Health workers' strikes: a plea for multisectoral action. Bull World Health Organ2019;97:443-443A. doi:10.2471/BLT.19.238279 pmid:31258210
CrossRefPubMedGoogle Scholar

12.

Nuño A. "What's wrong with you Mexico?" Health workers attacked amid covid-19 fears. *Guardian* 2020 Apr 23. https://www.theguardian.com/world/2020/apr/23/mexico-health-workers-attacked-covid-19-fears

13.

Batliwala S. All about power: understanding social power and power structures. 2019. https://reconference.creaworld.org/wp-content/uploads/2019/05/All-About-Power-Srilatha-Batliwala.pdf

14.

1. Chaudhuri P

. Experiences of sexual harassment of female health workers in four hospitals in Kolkata, India. Reprod Health Matters2007;15:221-9. doi:10.1016/S0968-8080(07)30319-4 pmid:17938090
CrossRefPubMedGoogle Scholar

15.

1. Varghese J,
2. Blankenhorn A,
3. Saligram P,
4. Porter J,
5. Sheikh K

. Setting the agenda for nurse leadership in India: what is missing Lucy Gilson. Int J Equity Health2018;17:1-10doi:10.1186/s12939-018-0814-0.
CrossRefGoogle Scholar

16.

1. George A

. Nurses, community health workers, and home carers: gendered human resources compensating for skewed health systems. Glob Public Health2008;3(Suppl 1):75-89. doi:10.1080/17441690801892240 pmid:19288344
CrossRefPubMedGoogle Scholar

17.

Jafree SR. Workplace violence against women nurses working in two public sector hospitals of Lahore, Pakistan. *Nurs Outlook* 2017

18.

1. Sheikh K,
2. George A
3. Chaudhuri P

. Sexual harassment of female health workers in Kolkata hospitals: individual and organizational responses. In: Sheikh K, George A, eds. *Health providers in India: on the frontlines of change.*Routledge, 2010:301.
Google Scholar

19.

World Bank. Women, business, and the law 2020. 2020. https://wbl.worldbank.org/

20.

1. Vecchio N,
2. Scuffham PA,
3. Hilton MF,
4. Whiteford HA

. Differences in wage rates for males and females in the health sector: a consideration of unpaid overtime to decompose the gender wage gap. Hum Resour Health2013;11:9. doi:10.1186/1478-4491-11-9 pmid:23433245
CrossRefPubMedGoogle Scholar

21.
Boniol M, Mcisaac M, Xu L, Wuliji T, Diallo K, Campbell J. Gender equity in the health workforce: analysis of 104 countries. 2019. https://www.who.int/hrh/resources/gender_equity-health_workforce_analysis/en/

22.
Bilal A, Ahmed HM. Organizational structure as a determinant of job burnout. *Work Heal Saf* 2017; doi:10.1177/2165079916662050.
CrossRefPubMedGoogle Scholar

23.
1. Aristizabal P,
2. Nigenda G,
3. Serván-Mori E

. The precarization of the Mexican nursing labor market: a repeated cross-sectional analysis for the period 2005-2018. Hum Resour Health2019;17:87. doi:10.1186/s12960-019-0417-x pmid:31753033
CrossRefPubMedGoogle Scholar

24.
World Health Organization. Midwives' voices midwives' realities. 2016. https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250376/1/9789241510547-eng.pdf?ua=1

25.
1. Ved R,
2. Scott K,
3. Gupta G,
4. et al

. How are gender inequalities facing India's one million ASHAs being addressed? Policy origins and adaptations for the world's largest all-female community health worker programme. Hum Resour Health2019;17:3. doi:10.1186/s12960-018-0338-0 pmid:30616656
CrossRefPubMedGoogle Scholar

26.
1. Shaikh S,
2. Baig LA,
3. Hashmi I,
4. et al

. The magnitude and determinants of violence against healthcare workers in Pakistan. BMJ Glob Health2020;5:e002112.pmid:32377403
Abstract/FREE Full TextGoogle Scholar

27.
George AS. Human resources for health: a gender analysis. WHO, 2007. https://www.who.int/social_determinants/resources/human_resources_for_health_wgkn_2007.pdf?ua=1

28.
1. Daniels K,
2. Clarke M,
3. Ringsberg KC

. *Developing lay health worker policy in South Africa: a qualitative study.*Heal Res Policy Syst, 2012.
Google Scholar

29.
1. Blaauw D,
2. Ditlopo P,
3. Rispel LC

. Nursing education reform in South Africa - lessons from a policy analysis study. Glob Health Action2014;7:26401. doi:10.3402/gha.v7.26401 pmid:25537941
CrossRefPubMedGoogle Scholar

30.
1. Aristizabal P,
2. Nigenda G,
3. Squires A,
4. Rosales Y

. *Regulation of nursing in Mexico: actors, processes and outcomes. Regulación de la enfermería en México: actores, procesos y resultados.*Cienc e Saude Coletiva, 2020.
Google Scholar

31.
WHO. Delivered by women, led by men: a gender and equity analysis of the global health and social workforce. *Hum Res Health Obs* 24, 2019. https://www.who.int/hrh/resources/health-observer24/en/

32.
1. Sarfraz S,
2. Aziz R

. *Human resource for health profiling for Punjab province.*Primary and Secondary Healthcare Department, Government of Punjab, 2019.
Google Scholar

33.
1. Mumtaz Z

. Gender and social geography: impact on lady health workers mobility in Pakistan. BMC Health Serv Res2012;12:360.pmid:23066890
PubMedGoogle Scholar

34.
1. Brady L,
2. De Vries S,
3. Gallow R,
4. et al

. Paramedics, poetry, and film: health policy and systems research at the intersection of theory, art, and practice. Hum Resour Health2019;17:64. doi:10.1186/s12960-019-0373-5 pmid:31391060
CrossRefPubMedGoogle Scholar

35.
World Health Organization. State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership. 2020. https://www.who.int/publications/i/item/nursing-report-2020

36.
International Labour Organisation. Violence and harassment convention (No 190). 2019. https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0:NO:P12100_ILO_CODE:C190

View Abstract

https://www.bmj.com/content/371/bmj.m3546

thebmj

Covid-19 misinformation sparks threats and violence against doctors in Latin America

BMJ 2020; 370 doi: https://doi.org/10.1136/bmj.m3088 (Published 11 August 2020)Cite this as: BMJ 2020;370:m3088

- *Luke Taylor* Author affiliations lukestephentaylor@gmail.com

False beliefs and decades of conflict have left Latin America's doctors facing death threats when they are already vulnerable, writes Luke Taylor

When the 15 bed clinic managed by Diego Posada started filling in mid-June, he received an elderly patient from a nearby town with severe respiratory conditions. Owing to a lack of equipment at the small clinic in rural northwestern Colombia, he sent the patient to the capital, Bogotá, where doctors could better treat her and hopefully save her from becoming the latest victim in Colombia's losing battle against covid-19.

The patient's son did not like the decision, however. He began taking photos of Posada, his car, and its number plate. "He said that if anything happened to his mother we were responsible, that we had family and that if his mother dies, we all die," says Posada.

People later visited Posada's clinic asking for his whereabouts and issued threats against him on local radio, claiming that covid-19 did not exist and that the hospital's doctors should be killed before they could kill or kidnap patients for financial gain.

"These things are public knowledge, but we never thought they would happen to us here, and they are, constantly," he says. "It is incredibly uncomfortable and unsettling. You don't want to think about it, but it makes you think about yourself, your family, and if it's worth it doing what you do."

Already facing the emotional and physical adversities of working on the front line in the battle against covid-19, healthcare workers are being subjected to threats, violence, and intimidation from the same public they are risking their lives to treat. Such aggressions have surged around the world in recent months under the weight of the pandemic, say doctors and non-governmental organisations monitoring the crisis.

In the Philippines, a hospital utility worker was attacked on the street and had bleach poured on his face.[1] In India, health workers conducting covid-19 tests were pelted with stones. In Russia, ambulance workers were attacked by a mob. Organisations monitoring these incidents say that they are hard to quantify, and most go unreported.
In May, 13 medical and humanitarian organisations—including the International Committee of the Red Cross (ICRC), the International Hospital Federation, and the World Medical Association—issued a declaration denouncing over 200 incidents of covid-19 related attacks on healthcare workers and health facilities worldwide during the pandemic.[2] Yet shocking cases continue to emerge, many of which are from Latin America.
"We [watch] with great concern the increase in threats and aggressions to health personnel in Latin America," says Jose Antonio Bastos, health coordinator at ICRC Colombia. "Even in the absence of accurate data, the accumulation of social media and media information indicates that the situation of attacks on healthcare workers has worsened—both in number and nature—in Latin America since the arrival of covid-19."

A history of violence

Ramón Abel Castaño, a health consultant researching violence against doctors, says that aggressive incidents against healthcare workers have "contextual differences" in Latin America and that these differences are "particularly worrisome" in Colombia. Like Bolivia, Ecuador, and Peru, Colombia has been unable to contain the spread of covid-19 and is becoming one of Latin America's hotspots. Although lockdowns were implemented in March, the number of cases continues to increase, and intensive care units in Colombia's capital are approaching capacity.

As the strain on the healthcare system has increased, so too have reports of healthcare workers being attacked, intimidated, and evicted from their homes.[3] Doctors have had faeces thrown at them by their neighbours, their hospitals have been vandalised, and they have received death threats after their patients succumbed to the illness.
One case in June—when funeral wreaths were allegedly delivered to a doctor's house after the death of one of his patients—was so shocking that Colombia's president, Ivan Duque, denounced threats against healthcare workers and pledged to bring justice to the people who made them.

Castaño says that Colombia has "a brutal history of violence. It is likely that healthcare, just [like] everyday life, is affected by that." The country's five decade civil conflict formally ended in 2016 after a peace deal with the Revolutionary Armed Forces of Colombia (FARC), a long established guerrilla army—but it has left deep scars.

A weak state and a broken "social contract" mean that people tend to take matters into their own hands or defer them to armed groups, and this also applies to grievances with health workers, Castaño believes. This dynamic could help explain why countries such as Mexico, where drug related violence has been rife in recent decades, have also recently faced a series of particularly appalling cases.

As of 28 April, Mexico's Ministry of the Interior had documented at least 47 cases of aggression towards health workers,[4] while Mexico's National Council to Prevent Discrimination reported 265 complaints regarding discrimination on the basis of covid-19 among health workers from 19 March to 8 May.[5] Mexican doctors and nurses have begun riding bicycles to work to avoid potential attacks on public transport and taxis.
In addition to the history of violence in Latin America, "there has been a loss of trust in governments and government institutions," says Castaño, who believes that this also partly explains why its doctors are less trusted and particularly vulnerable.

Rumours and misinformation

Exacerbating a regional mistrust of health workers and institutions is a wave of conspiracy theories circulating on WhatsApp and social media. Though often wild (one theory alleges that doctors are extracting a fluid from patients' knees), they are ultimately dangerous.

In May, a Colombian politician claimed that a "covid cartel" of doctors were unnecessarily admitting covid-19 patients to intensive care to receive higher payments.[6] Another theory quickly spread on social media, accusing doctors of receiving a cash payment of £13 000 (€14 420; $16 975) for every dead patient with a covid-19 diagnosis.
"The government once said they were thinking of an incentive for hospitals to increase beds for covid-19 patients," says Diego Rosselli, a neurologist and epidemiologist at Bogotá's Javeriana University, who has been debunking popular misinformation in social media. "I think everything started there."

Misinformation has reportedly caused fatalities as patients avoid seeking care for fear of encountering unscrupulous doctors.[7] It's also exacerbating a lack of trust in authorities, leading to threats and violence, says Rosselli.
Concerned by the wave of violence against health workers and an increase in sackings for complaining about strategies and lack of personal protective equipment (PPE), Amnesty International conducted a report on current trends and causes. It identified various structural factors, such as poor education, which makes the public more susceptible to disinformation, and a large informal economy workforce, which means that many people don't have employers to receive information and guidance from—perhaps explaining why abuse of health workers is so prevalent in Latin America.[1]
"A lack of education or information sees people taking responses based on fear and paranoia that turn into aggression," says Madeleine Penman, Amnesty International's researcher for the Americas.

Solutions

Some nations have taken tangible actions against abuse of health workers—Argentina's capital, Buenos Aires, is issuing fines against people who commit them—but Amnesty and the Pan American Health Organization (PAHO) are calling on governments to do more.

Marcos Espinal, director of PAHO's Department of Communicable Diseases, says that the "unbelievable" level of misinformation around covid-19 wasn't seen during the Ebola crisis of 2014, which never took root in the Americas despite fears that it would. A second reason may be the universal understanding of Ebola as a lethal disease, whereas the newness of covid-19 leaves room for misinformation.

Espinal says that solutions are within reach of governments at all levels: they can distribute simple and accessible information, and they can stop generating misinformation themselves—such as when the US president, Donald Trump, suggested using bleach to purge the virus. "The authorities need to be strong on this," says Espinal. "Healthcare workers are the backbone of the pandemic response: it's not their fault; they are people at the greatest risk."

But, with the pandemic likely to worsen in Latin America, so too could the situation for its healthcare workers as their shifts become longer and their clinics fuller. Ramón Abel Castaño predicts, "If violent manifestations are more likely to emerge in a context of tensions between family members and healthcare workers, then you can expect that they will increase in numbers and intensity during the intensive care crisis."

Footnotes

- Competing interests: I have read and understood BMJ policy on declaration of interests and have no relevant interests to declare.
- Provenance and peer review: Commissioned; not peer reviewed.

This article is made freely available for use in accordance with BMJ's website terms and conditions for the duration of the covid-19 pandemic or until otherwise determined by BMJ. You may use, download and print the article for any lawful, non-commercial purpose (including text and data mining) provided that all copyright notices and trade marks are retained.

https://bmj.com/coronavirus/usage

References

1. ↵
Amnesty International. Exposed, silenced, attacked: failures to protect health and essential workers during the covid-19 pandemic. 2020. https://www.amnesty.org/download/Documents/POL4025722020ENGLISH.PDF.
2. ↵
International Committee of the Red Cross. Health care workers save lives: condemnation of attacks linked to covid-19. 26 May 2020. https://www.icrc.org/en/document/health-care-workers-save-lives-covid-19.
3. ↵
I lost control and started crying": Colombian doctor evicted as neighbors fear covid-19. Reuters 2020 Apr 24.
4. ↵
Government of Mexico. Observaciones sobre violaciones a derechos humanos durante la contingencia sanitaria por covid-19 [Observations on human rights violations during the health contingency by covid-19]. 2020. https://www.gob.mx/segob/documentos/observaciones-sobre-violaciones-a-derechos-humanos-durante-la-contingencia-sanitaria-por-covid-19. (In Spanish.)
5. ↵
Trabajadores de la salud, el tercer grupo que más quejas presenta ante el Conapred [Health workers, the third group with the most complaints presented to Conapred]. La Jornada 2020 May 11. https://www.jornada.com.mx/2020/05/11/politica/005n2pol. (In Spanish.)
6. ↵
Habría cartel de la COVID-19 en las UCI en Cali? Senador denuncia [Would there be a COVID-19 poster in the ICUs in Cali?]. El Espectador 2020 May 24. https://www.elespectador.com/noticias/politica/habria-cartel-de-la-covid-19-en-las-uci-en-cali-senador-denuncia-articulo-920994/. (In Spanish.)
7. ↵
Velasquez T. El cartel del COVID y otros peligros [The COVID cartel and other dangers]. El Universal 2020 Jun 8. https://m.eluniversal.com.co/blogs/index.php/tatiana-villareal/el-cartel-del-covid-y-otros-peligros. (In Spanish.)

View Abstract

thebmj

Covid-19 misinformation sparks threats and violence against doctors in Latin America

BMJ 2020; 370 doi: https://doi.org/10.1136/bmj.m3088 (Published 11 August 2020)Cite this as: BMJ 2020;370:m3088

Dear Editor

It was interesting to read the article from Taylor L. (1) entitled "Covid-19 misinformation sparks threats and violence against doctors in Latin America". Violence against health care workers is unacceptable because it not only affects their physical and psychological well-being but also negatively affects their motivation to do their job. If health care workers are demotivated, that can lead to negative outcomes in terms of the quality of care rendered to patients.

According to the World Health Organization, between 8%-38% of healthcare workers are subjected to physical violence at some point in their careers (2). It is indeed discouraging to the healthcare workers who have been on the frontline since the pandemic started, risked their lives and their families, only to be 'smashed with fecal matter'. The WHO in conjunction with ILO, ICN and PSI developed framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector which can help to develop policies even in non-emergency settings (3). It is therefore important for all stakeholders to take this violence issue against healthcare workers seriously as it is life-threatening.

For an infodemic management framework, WHO has convened a public consultation to crowdsource ideas with a whole-of-society perspective. From the response, it became clear that establishing the foundations of the science of infodemic management was a priority for all regions of the world (4)-(5). Social media platforms must take the initiative to control forwarded text messages. For example, WhatsApp restricts to send messages to only five persons a time. It is good initiative for stakeholders to work with social media partners to reduce misinformation.

References:
1. Taylor L. Covid-19 misinformation sparks threats and violence against doctors in Latin America. BMJ [Internet]. 2020 Aug 11 [cited 2020 Nov 11];370. Available from: https://www.bmj.com/content/370/bmj.m3088
2. WHO | Violence against health workers [Internet]. WHO. World Health Organization; [cited 2020 Nov 11]. Available from: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/workplace/en/
3. WHO | Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector [Internet]. WHO. World Health Organization; [cited 2020 Nov 11]. Available from: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/workp...
4. Infodemic management of WHO Information Net Work for Epidemics [Internet]. [cited 2020 Nov 11]. Available from: https://www.who.int/teams/risk-communication/infodemic-management
5. Working together to tackle the "infodemic" [Internet]. [cited 2020 Nov 11]. Available from: https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/digital-health/...
Competing interests: No competing interests

https://www.bmj.com/content/370/bmj.m3088/rr-2

YorkRegion.com

'Enough is enough': Health care workers protest violence at Newmarket hospital

Southlake says overcrowding, shortage of long-term care bring challenges, but safety is a priority

Kim Zarzour
YorkRegion.com Monday, October 26, 2020

Heath care workers brought their worries about hospital safety to the streets Oct. 26 as they ramped up demands for a solution to increasing violence at Southlake Regional Health Centre.

Chanting "enough is enough," representatives and workers from the Ontario Federation of Labour, Ontario Nurses Association and SEIU Healthcare waved flags and placards on Davis Drive in Newmarket.

Organizers say the rally was organized to draw attention to two more incidents of violence against workers at the busy regional centre in less than a week, just days after the hospital pleaded guilty to two violations of the Occupational Health and Safety Act in connection with a January 2019 violent attack.

The unions called for immediate preventative and punitive action, including a meeting with key stakeholders.

A registered practical nurse was attacked Thursday evening by a patient, six days after another nurse suffered severe workplace injuries. In 2019, two staff were seriously injured by a patient, leading to charges against the hospital by the Ontario Ministry of Labour.

Heath care workers are already under high stress during a pandemic, said ONA president Vicki McKenna, adding that being fearful for physical safety makes the Southlake environment unacceptable.

"We have had enough." she said. "Workplace violence must stop."

Health care workers experience the highest incidence of workplace violence, she said, and Southlake has had it worse than most due to the "exploding" growth in the area.

At the same time, she said, nurses' concerns about safety are not being taken seriously, leading them to feel disrespected and demoralized.

“They’re not feeling confident, they’re afraid,” she said. “Many just give up [reporting] and accept it as a normal. That worries me a lot.”

Related content

Southlake hospital slammed after another violent workplace incident

'Alarming' second incident of violence in 1 week hits Southlake hospital

In an emailed statement, Southlake Regional Health Centre spokesperson Kathryn Perrier said safety is a top priority.

“We continue to work closely with our union partners to implement a comprehensive violence prevention strategy, as we have over the last 18 months.

“The voices of our staff are important and we have many ways in which they can participate. Union representatives also sit on Southlake’s workplace violence prevention committee.

“At the end of the day, we all have the same goal — to minimize the risk for staff. When an incident does happen, a detailed review takes place to determine the root causes and to develop recommendations for improvement.”

Jackie Walker, SEIU Healthcare Nursing Division president, said she has heard repeatedly of nurses being discouraged by Southlake managers from documenting workplace violence.

Walker said the hospital had been told to implement a system for flagging potentially violent patients, but it does not appear to be followed.

“What bothers me is that the leaders here were nurses. They have experience on the front line. Maybe it’s been too long and they’ve forgotten.”

OFL president Patty Coates called for regular snap inspections at hospitals by the Ministry of Labour, better training on workplace violence investigations and York Regional Police to conduct a full investigation of the board of directors, CEO, and mangers of Southlake under Section 217.1 of the Criminal Code of Canada.

“This employer keeps failing to fulfil its responsibility under the law to make the workplace safe for its workers. There is no justification for this, period," Coates said.

In 2013, Coates said, a registered nurse at Southlake was beaten beyond recognition.

“The managers, CEO, and board of directors have known about the problems, allowing violence to occur for more than half a decade, yet they still aren’t taking every reasonable precaution to protect their employees.”

Nurses at Southlake are suffering life-altering injuries and it is disproportionately women that bear the negative physical, psychological and economic consequences, she said.

“These are complicated issues with many contributing factors, including a lack of access to appropriate long-term care facilities in our area,” Perrier said.

“Southlake’s physical infrastructure challenges and the fact that our hospital is so overcrowded also plays a significant role.

“We look forward to further strengthening our relationship with our union partners and working together with all staff to make additional improvements.”

Headlines newsletter

Top stories delivered to your inbox.

Kim Zarzour *is an award-winning veteran journalist for more than 30 years and author of several non-fiction books. She has been education reporter and feature writer with The Toronto Star and is currently investigative/analysis reporter with yorkregion.com in York Region. You can find her on Facebook or Twitter @KimZarzour*
Tags: Hyper Local, News

https://www.yorkregion.com/news-static/1491353-york-region-about-us/

Hürriyet DAILY NEWS
LEADING NEWS SOURCE FOR TURKEY AND THE REGION

VIOLENCE HOSPIRAL ANKARA

Man arrested after attacking hospital staff in Ankara

ANKARA November 15 2020 15:23:00

One man was arrested and four others were detained but released later after attacking health care workers at Ankara University's Cebeci Hospital.

The incident occurred in the capital late on Nov. 13 in the infant ward of the intensive care unit (ICU) of the hospital.

A child was brought to the hospital following an accident and the health workers at the facility managed to save the kid's life.

But believing the kid was dead, the patient's relatives tried to force their way into the ICU and assault the health workers.

The health workers barricaded themselves inside the ICU with medical equipment and blocked the room's doors.

The hospital's own security guards fist confronted the attackers until the police teams arrived at the scene.

Five of the assailants were detained. One of them was arrested and four others were released, with one of them being released on bail.

Health Minister Fahrettin Koca condemned the attack in Ankara.

"We saw yet another attack on health workers. They will be held accountable before court, but they will not be able answer their children's questions [about the attack]," Koca wrote on twitter.

The health workers' union (SES) also issued a statement, condemning the incidents, sharing the video on its social media outlet showing the moments the health workers came under attack.
"We will continue to fight against the violence in the health care sector," it said.

In the face of attacks on health workers, parliament adopted a regulation in April envisaging heavy sanctions on the violence against health workers.

Turkey, *https://www.hurriyetdailynews.com/man-arrested-after-attacking-hospital-staff-in-ankara-160073*

LE VIF l'express

"La violence dans les hôpitaux psychiatriques n'est pas celle que l'on croit" (carte blanche)

08/08/20 à 12:16 Mise à jour à 15:22

Carte blanche

Lea Labaki, membre du European Network of (ex)users and survivors of psychiatry (ENUSP), réagit à la carte blanche parue le 30 juillet dernier "Hospitalisations psychiatriques sous contrainte : la situation devient incontrôlable".

Photo d'illustration © Getty

En réponse à la Carte blanche parue ici le 30 juillet sur l'augmentation des mises en observation suite à la crise sanitaire, permettez-moi de briser un mythe : l'enfermement des fous n'a rien de romantique. Ce n'est pas l'histoire de dangereux aliénés isolés en hôpital psychiatrique pour protéger la société de leurs actes. Ce n'est non plus pas l'histoire de valeureux psychiatres qui s'appliquent à contrôler la folie et la violence de leurs patients, pour leur propre bien et celui du plus grand nombre. Loin de l'image proposée par les neuf signataires de ce texte aux accents sécuritaires, c'est plutôt une histoire comme celle-ci.

Un jour, j'avais quatorze ans, je me suis réveillée dans un endroit inconnu. J'étais couchée sur un lit et je réalisai que je ne pouvais pas me lever : j'étais attachée par plusieurs sangles à la taille, aux poignets et aux chevilles. J'avais l'impression que c'était la nuit, mais dans cette petite pièce dépourvue de fenêtres, rien ne pouvait le confirmer. J'ai crié jusqu'à ce qu'un homme - un infirmier, probablement - arrive. Je lui demandai où j'étais, il me répondit : "A Fond'Roy".

Je ne savais pas encore ce qu'était Fond'Roy, mais j'allais bientôt le découvrir. J'avais été mise en observation - hospitalisée contre mon gré - dans cette institution psychiatrique du sud de Bruxelles, au sein d'un service dédié aux soins sous contrainte où étaient enfermés une majorité d'adultes. J'y passai plus d'une semaine terrée dans ma chambre, assommée par les médicaments qu'on m'obligeait à avaler, et paralysée par la peur. Ma détresse ne fit que redoubler et j'en sortis traumatisée.

La hausse alarmante du nombre de mises en observation est l'une des nombreuses conséquences dramatiques de la crise du Covid-19 en Belgique. Comme l'indique la Carte blanche du 30 juillet, le secteur de la santé mentale a été bouleversé par les mesures sanitaires. Du fait du confinement et de la fermeture de certains services, bien des personnes en souffrance ont été coupées de leur système de soutien habituel alors que le contexte anxiogène ne pouvait qu'aggraver leur détresse.

Il est pourtant paradoxal de présenter les soignants comme victimes du nombre croissant de mises en observation urgentes ordonnées par le procureur du Roi. Je peux vous l'assurer : avant une mise en observation, c'est bien un psychiatre, et non le procureur du Roi, qui juge de votre état et qu'il faut supplier de vous laisser rentrer chez vous. Si toujours plus de patients sont soumis

à des mises en observation, c'est parce que toujours plus de psychiatres en font la demande. L'enfermement est prescrit pas les médecins, les magistrats lui donnent force légale.

Ne nous trompons donc pas : la victime, ici, c'est bien le patient qui se verra confiné contre sa volonté dans un service surchargé, traité comme un criminel pour avoir osé aller mal en pleine crise du coronavirus.

Car la violence dans les hôpitaux psychiatriques n'est pas celle que l'on croit. C'est celle de soignants tout-puissants que la loi autorise à vous priver de votre liberté, à vous déshabiller et à vous retirer vos effets personnels avant de vous enfermer dans une chambre d'isolement de quelque deux mètres sur trois, à vous injecter par la force des médicaments psychotropes qui vous font ne plus vous rappeler qui vous êtes.

La solution à la crise actuelle n'est pas, comme le suggèrent les signataires de cette Carte blanche, d'accorder plus de moyens aux unités d'hospitalisation sous contrainte pour leur permettre d'enfermer plus de gens, plus longtemps. La solution est, au contraire, de renforcer l'ensemble des dispositifs de soins volontaires, à commencer par les services de santé mentale de proximité, l'ambulatoire et les équipes mobiles, afin d'éviter que des hospitalisations deviennent nécessaires. La solution, c'est d'écouter ceux qui sont en souffrance et leur offrir le soutien dont ils ont besoin dans le respect de leurs préférences. C'est de mettre la personne et ses droits humains au centre de toute intervention en santé mentale.

C'est de donner, enfin, la parole aux premiers concernés.

Lea Labaki, membre du European Network of (ex)users and survivors of psychiatry (ENUSP)

LE VIF express

"Hospitalisations psychiatriques sous contrainte : la situation devient incontrôlable" (carte blanche)

- 30/07/20 à 06:00 Mise à jour à 06:15 Source : Le Vif

Carte blanche

Depuis de nombreuses années, le secteur de la mise en observation alerte les pouvoirs publics sur l'augmentation progressive des hospitalisations sous contrainte. Depuis la crise sanitaire, les mises en observation explosent et les services d'urgence croulent sous les demandes d'expertise.

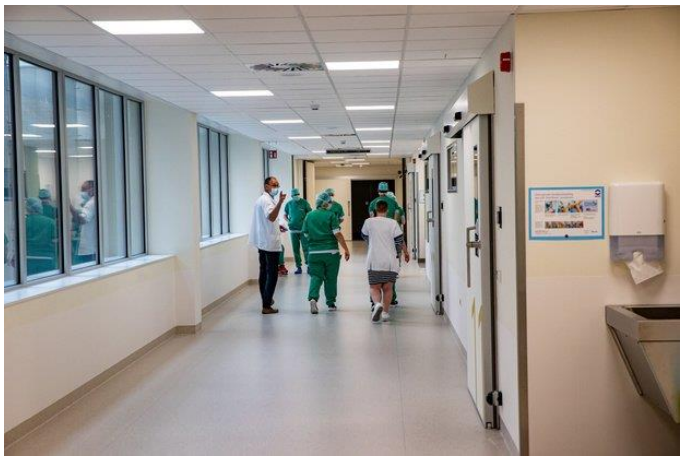


Photo d'illustration. © belga

La crise sanitaire du Covid-19 a bouleversé la pratique des soins en santé mentale, à l'extérieur de l'hôpital. A l'intérieur aussi.

Depuis le mois de mars, les hôpitaux généraux se sont réorganisés. Certains ont ralenti leur activité psychiatrique. D'autres ont tenté d'apporter des solutions spécifiques aux patients présentant un trouble mental et atteints du Covid-19. Du côté des hôpitaux psychiatriques, on a limité les admissions et accéléré certaines sorties, afin de limiter le risque de foyers épidémiques. Soutenue par les consignes fédérales, la psychiatrie hospitalière s'est, en quelque sorte, confinée dans l'attente de jours meilleurs.

Le secteur ambulatoire a assuré sa fonction, dans des conditions pénibles, assumant des visites au domicile et en intensifiant les contacts par téléphone ou par visio-conférence. Il n'empêche : des patients ont été perdus de vue. Nos voisins français les estiment à 10%.

Et ce qu'on a redouté est arrivé. Laissés seuls face à leur souffrance et à leurs symptômes, les patients, qui avaient retrouvé un certain équilibre grâce aux prises en charge, ont vu leur santé mentale se détériorer. Depuis le mois de mai, ce sont les plus fragiles qui en subissent les conséquences. Et ce sont les hospitalisations sous contrainte qui ont explosé.

Explosition des prises en charge sous contrainte

En Belgique, la prise en charge psychiatrique sous contrainte concerne deux situations. La première est l'internement. Elle concerne les personnes qui ont commis un fait qualifié délit ou crime et qui, du fait d'un trouble mental, ne peuvent être condamnées. Elles sont dès lors "internées" et soignées dans les annexes psychiatriques des prisons, dans des centres de psychiatrie légale et dans des hôpitaux psychiatriques sécurisés.

Lire notre analyse: Le S.O.S des hôpitaux psychiatriques: "Les équipes sont au bord de la rupture"

Et puis, il y a les "mises en observation". Elles concernent toute personne qui, présentant un trouble mental, met gravement en péril sa santé et sa sécurité ou constitue une menace grave pour la vie ou l'intégrité d'autrui. Cette mesure, qui dépend de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, est prise, en urgence, par le procureur du Roi, à défaut de tout autre traitement approprié. La personne concernée par une mesure de mise en observation se retrouve donc hospitalisée sous contrainte dans un service agréé en hôpital général ou psychiatrique.

Travailler dans un service d'hospitalisation sous contrainte est à la fois difficile et passionnant. On y rencontre le plus beau et le plus délaissé de notre humanité : la folie, celle qui se soigne mais ne se guérit pas, celle qui interpelle et fait peur, celle qui est violente, celle qui ne se reconnaît pas comme telle.

Des situations parfois désespérées, parfois désespérantes, des familles découragées, mais aussi, beaucoup de potentiel : de créativité, de rémission, de solutions originales ou individualisées. Les patients cumulent les pathologies, les difficultés sociales, l'isolement, la dangerosité et la non demande de soins. Ils sont en crise, agités et réclament une attention médicale, infirmière et sociale intensive.

Initiatives du terrain

Depuis de nombreuses années, le secteur de la mise en observation alerte les pouvoirs publics sur l'augmentation progressive des hospitalisations sous contrainte. Sans réponse jusqu'à présent. Pourtant, les initiatives du terrain ont déjà tenté de stabiliser la situation. A Bruxelles, une procédure spécifique existe. C'est la "Ligne Nixon" qui repose sur une concertation et un travail de réseau entre les institutions hospitalières, le parquet et les services de police au sein de la Plate-forme de Concertation pour la Santé Mentale en Région de Bruxelles-Capitale. Seuls les services d'urgence des cliniques universitaires St-Luc, du CHU St-Pierre, du CHU Brugmann et d'Erasme sont habilités à effectuer les évaluations psychiatriques qui forgeront la décision du procureur du Roi. Cette fonction, peu valorisée et parfois dangereuse, limite autant les abus que les engorgements dans les hôpitaux psychiatriques. C'est aussi aux urgences que les soignants peuvent éviter la mise en observation par la mise en place d'un trajet de soin volontaire.

Hopitaux saturés

Nous avons tenu bon, à flux tendu, jusqu'à présent. Pourtant, le financement des services de mise en observation ne bénéficie d'aucun moyen supplémentaire. Nous disposons exactement du même nombre d'infirmiers, de médecins et d'assistants sociaux que dans n'importe quel autre service d'hospitalisation psychiatrique volontaire.

Cela, c'était avant le Covid-19. Depuis la crise, les mises en observation explosent. Les services d'urgence croulent sous les demandes d'expertise. Sur le seul mois de juin à Bruxelles, ce sont 193 expertises qui ont été pratiquées. Du jamais vu, et de loin !

Un malheur n'arrivant jamais seul, un hôpital agréé a pris la décision de suspendre, on l'espère momentanément, les évaluations et les hospitalisations sous contrainte.

Les hôpitaux agréés sont donc saturés. Et, malgré une bonne collaboration avec le parquet, lorsque les hôpitaux sont pleins, ils se voient imposés par le procureur du Roi de prendre le patient, qu'il y ait de la place ou pas. C'est la loi et nous la respectons. En tout cas jusqu'à présent...

Depuis le mois de janvier, le nombre d'impositions a doublé dans les trois services agréés bruxellois qui accueillent les mises en observation. C'est ainsi près de 300 patients qui ont été imposés, depuis janvier 2020, au Centre Hospitalier Jean Titeca, à l'Hôpital d'Accueil Spécialisé

Fond'Roy et au CHU Brugmann. Et ces chiffres explosent depuis le mois de juin. Désormais, plus de la moitié des mises en observation urgentes sont imposées !

Une imposition requiert de la créativité. Le patient imposé arrive dans un service plein. De ce fait, il augmente le risque d'actes violents. Il faut donc "faire de la place". Une imposition, c'est donc souvent une fin prématurée d'hospitalisation pour un autre patient, avec les conséquences tant pour lui qu'en terme de sécurité publique. C'est aussi une décision qui engage notre responsabilité médicale.

Selon un psychologue, "on fabrique des patients psychiatriques à la chaîne"

Patients libérés trop tôt faute de place

A ce jour, la situation devient incontrôlable. Nous craignons que ces patients, parce que libérés trop tôt, passent à l'acte. Nous le rappelons depuis longtemps, la majorité des internés ont été hospitalisés en psychiatrie et une grande partie d'entre eux ont été mis en observation.

Des décisions urgentes sont nécessaires.

Une revalorisation du secteur de la mise en observation est indispensable, associant un soutien aux soignants et des mesures permettant un accueil de meilleure qualité pour les patients dans des lieux équipés et adaptés à leur problématique extrêmement lourde.

Depuis plusieurs années, la réforme des soins en santé mentale modifie nos pratiques. Le secteur de la mise en observation, comme celui de l'internement depuis peu, doit s'y inscrire, en associant les différentes fonctions de la réforme dite "107".

Si on peut attendre un bénéfice de la crise actuelle, c'est que nos craintes et nos propositions soient enfin entendues. S'il est de notre responsabilité, en tant que médecins et soignants, de prendre en charge les plus fragiles de nos contemporains, il est de la responsabilité de tous, et de ceux qui les représentent, de nous en donner les moyens nécessaires.

*Les signataires
Dr Pierre Oswald, psychiatre, docteur en psychologie, directeur médical, Centre Hospitalier Jean Titeca ASBL
Dr Alain Seutin, psychiatre, médecin-chef en charge des mesures de protection de la personne malade mentale, Centre Hospitalier Jean Titeca ASBL
Dr Caroline Depuydt, psychiatre, chef de service, hôpital d'accueil spécialisé Fond'Roy, Epsylon ASBL
Dr Gérald Deschietere, psychiatre, responsable de l'unité de crise, Cliniques Universitaires Saint-Luc
Dr Kevin Moens, psychiatre, service des urgences, CHU Brugmann
Dr Geertje Steegen, psychiatre, chef de clinique adjoint, CHU Brugmann
Prof Charles Kornreich, psychiatre, chef de service, CHU Brugmann
Nora Koraichi, psychologue coordinatrice, urgences psychiatriques, CHU Saint-Pierre Prof Pierre Fossion, psychiatre, chef de service, CHU Saint-Pierre
Luc Detavernier, administrateur-délégué, Plate-Forme Bruxelloise de Concertation en Santé Mentale

https://www.levif.be/actualite/belgique/hospitalisations-psychiatriques-sous-contrainte-la-situation-devient-incontrolable-carte-blanche/article-opinion-1314969.html?cookie_check=1605255339

Brimades, humiliations, harcèlement… Des étudiants infirmiers racontent "l'enfer" vécu pendant leurs stages

Juliette Campion enquête franceinfo France Télévisions

Publié le 14/11/2020 07:01Mis à jour le 14/11/2020 12:26
Temps de lecture : **12 min.**

Epuisés par les vexations subies dans leur service, certains étudiants interrogés par franceinfo ont dû effectuer leur stage sous anxiolytiques. (PIERRE-ALBERT JOSSERAND / FRANCEINFO)

Confrontés à des comportements problématiques à l'hôpital, en clinique ou en Ehpad, de futurs infirmiers décrivent des premiers pas dans la vie professionnelle parfois très douloureux.

Depuis toute petite, c'était mon rêve d'être infirmière." D'aussi loin qu'elle se souvienne, Camélia*, 21 ans, a toujours voulu soigner les autres. Après son bac, elle a donc intégré l'un des quelque 325 instituts de formation en soins infirmiers (Ifsi) de France, qui forment au métier en trois ans. Elle effectue son premier stage dans une clinique de Seine-Maritime.

Rapidement, il vire au calvaire. Un jour, se souvient-elle, l'équipe de soignants qui l'encadre lui confie un plateau repas pour une chambre, en insistant pour que ce soit elle qui aille le donner. Elle découvre une femme inerte. *"Je suis ressortie très vite : je pensais leur annoncer le décès. Eux m'attendaient en riant."* Camélia avait alors 18 ans. C'était la première fois qu'elle voyait un mort. Ce traumatisme, elle l'a raconté sur Twitter début septembre, via le hashtag #balancetonstage. Lancé par un ancien étudiant infirmier, il a permis à des centaines de jeunes professionnels de témoigner des brimades dont ils ont été victimes à leur arrivée à l'hôpital, en clinique ou en Ehpad.

"T'as rien à faire dans ce métier"

Quand ils arrivent sur un nouveau lieu de stage, les étudiants sont très vite fixés sur ce qui les attend. *"Je n'avais pas mis un pied dans le service qu'une aide-soignante m'a dit que ma tête ne lui revenait pas, que je ne pouvais pas être belle et intelligente à la fois"*, raconte ainsi Camélia.

Diplômée de l'Ifsi de Brive (Corrèze) cette année, Jeanne* n'a pas connu meilleur accueil à son arrivée en stage de deuxième année à Limoges. *"Tiens, une étudiante : ça tombe bien, j'aime bien faire pleurer les étudiants"*, lui lâche une aide-soignante en la voyant. Les semaines qui ont suivi ont été selon elle à l'image de cette première journée. *"Un jour, l'une des infirmières me pose une question très précise sur une chimiothérapie orale. Mais en deuxième année, on n'aborde pas la cancérologie"*, raconte Jeanne.

"Ça l'a agacée que je ne sache pas répondre : elle m'a balancé les cachets en disant que ça ne servait à rien que je continue la formation si je ne savais pas ça."

Charly, désormais infirmier à Clermont-Ferrand, raconte lui aussi avoir passé plusieurs semaines à être rabaissé par un binôme de soignantes. *"Elles étaient connues pour casser les élèves. Elles me disaient que tout ce que je faisais était nul, que j'étais trop confiant. 'C'est pas parce que t'es passé en réa que tu sais faire quelque chose', m'avait dit l'une d'elles. Je venais à reculons, je pleurais tous les jours. Je n'avais que 21 ans"*, confie-t-il, sept ans après.
Dans sa promotion (2012-2015) de l'Ifsi de Vichy (Allier), ils sont plusieurs à raconter des situations similaires. Romain assure lui aussi avoir été *"harcelé moralement"* lors d'un stage en chirurgie digestive. *"T'as rien à faire dans ce métier, tu réussiras jamais",* lui répétait-on en boucle. Il dit avoir eu l'interdiction de manger avec le reste des soignants. *"Un classique"*, commentent plusieurs étudiants interrogés par franceinfo. *"Notre statut est compliqué : on fait partie de l'équipe mais pas vraiment"*, analyse Samantna, 22 ans, qui a passé la plupart de ses stages sous anxiolytiques.
Dans certains cas, les stagiaires sont si peu intégrés qu'on ne prend même plus la peine de les nommer. *"On m'appelait 'l'étudiant', 'machin', 'truc'. On n'est pas une personne à part entière"*, raconte Julien*, ancien étudiant à l'Ifsi de Marmande (Lot-et-Garonne). Le jeune homme de 21 ans serait lui aussi devenu le bouc émissaire du service de gastro-entérologie où il effectuait son premier stage.

"Quand la cadre m'a présenté aux infirmières, elles ont toutes soupiré : 'Pff… encore un étudiant'."

"On m'a confié des toilettes compliquées, alors que je n'en avais jamais fait, avec des patients grabataires. Les aides-soignantes effectuent pourtant toujours ces toilettes à deux. On m'envoyait clairement me casser la gueule", raconte-t-il. Julien est effaré de voir que *"cette maltraitance professionnelle est connue et banalisée"*.

Boule au ventre et idées noires

Les 23 étudiants et anciens étudiants qui ont accepté de témoigner auprès de franceinfo l'affirment : sur les neuf stages à effectuer obligatoirement pendant le cursus d'infirmier, il y en a forcément un qui est synonyme de brimades et/ou de harcèlement. *"Et si ce n'est qu'un, vous avez de la chance"*, assure l'un d'eux. En 2017, la Fédération nationale des étudiants en soins infirmiers (Fnesi) a tiré la sonnette d'alarme sur ce fléau dans une enquête menée auprès de 14 055 étudiants en soins infirmiers. Les résultats ont permis pour la première fois de chiffrer ces maltraitances : un tiers des étudiants interrogés déclarent avoir été *"harcelés par un soignant au cours de leur formation"*. Parmi les 2 371 étudiants qui ont déclaré avoir déjà interrompu leur formation, 54,9% estiment que cela faisait suite à des problématiques de stages. *"Dans ma promo, on a commencé à 90, on a fini à 63. Ceux qui ont arrêté, c'était surtout parce que les stages étaient trop durs. Ça les a démoralisés"*, raconte Samantha.

"Heureusement que certains stages se sont bien passés, sinon j'aurais lâché."

Chez ceux qui ont tenu, plusieurs ont effectué leurs stages sous antidépresseurs. Une pratique répandue puisque 27,8% des élèves infirmiers sondés prenaient des psychotropes – principalement des anxiolytiques – pendant leur formation, selon cette étude de 2017. Une manière de contrer la "boule au ventre" que beaucoup décrivent au moment d'arriver sur le terrain. *"J'ai mis des mois, je dirais même des années, à digérer"*, se souvient Céline*, sortie en 2015 de l'Ifsi de Vichy, à propos d'un stage dans un hôpital, en soins de suite et réadaptation. D'autres encore évoquent *"des idées noires"*, comme Camélia qui, trop fragilisée, a finalement décidé d'arrêter la formation. *"Mon premier stage a créé un très gros manque de confiance en moi qui a empiété sur mon moral, mon physique",* raconte-t-elle la voix tremblante. Elle s'est réorientée vers des études de marketing.

"En deuxième année, je ne mangeais plus, je ne dormais plus. Mon médecin m'a dit que j'étais en état dépressif."

"Ce n'est pas du simple bizutage : on détruit le peu de confiance qu'ils ont en eux", regrette Valérie Auslender, médecin généraliste rattachée à Sciences Po. En parallèle de l'enquête de la Fnesi, elle aussi a donné un coup de pied dans la fourmilière en 2017, avec son ouvrage *Omerta à l'hôpital. Le livre noir des maltraitances* (éditions Michalon), dans lequel elle a récolté 130 témoignages d'étudiants ou d'anciens étudiants en santé. Elle compare ce qu'ils subissent *"au cycle infernal des violences conjugales. On leur dit toute la journée : 'T'es nul, tu ne sers à rien, tu ne mérites pas d'être là', ils finissent par y croire, se renferment et ont honte de dire ce qu'ils subissent."*

"L'étudiant doit aussi apprendre à se remettre en question"

Les étudiants n'ont que peu de personnes vers qui se tourner. La plupart du temps, *"on serre les dents"*, explique l'un d'eux. Souvent parce qu'ils ne peuvent pas se permettre d'écoper d'un mauvais rapport de stage. *"Vous pouvez avoir 18 partout en cours, mais si un stage se passe mal, il est invalidé. Vous devez alors systématiquement repasser le stage en question*, explique une étudiante. *On se retrouve à refaire un stage de cinq à dix semaines alors qu'on pourrait travailler comme aide-soignant et gagner autour de 1 300 euros par mois."* Une fois leur première année validée, les étudiants infirmiers obtiennent en effet automatiquement le grade d'aide-soignant et sont payés comme tels.
Mais la raison de ce silence n'est pas que financière. La vingtaine d'étudiants interrogés par franceinfo affirment se taire parce qu'ils n'ont pas confiance en leurs écoles. Ils disent ne pas se sentir soutenus par leurs instituts de formation qui cautionnent, selon eux, par leur inaction, les violences systémiques de ce milieu.

"A part nous dire : 'Essayez de vous imposer', il ne se passe rien derrière."

Ainsi, Julien certifie avoir alerté son école, l'Ifsi de Marmande, sur les brimades dont il dit avoir été victime lors de son stage en gastro-entérologie, dans un hôpital des environs de Bordeaux. Il souligne que *"les formateurs de son école sont disponibles et accompagnants sur un terrain difficile".* Mais il regrette le fait que d'autres étudiants aient été *"envoyés ensuite"* sur ce même lieu de stage. Contactée, la directrice de l'Ifsi de Marmande assure que les étudiants sont pris en charge par l'équipe pédagogique dès le moment où ils font part d'une difficulté. Si besoin, *"on organise*

une rencontre sur le lieu de stage avec le cadre et le tuteur, explique Florence Da Ros. *Parfois, ce sont simplement des problèmes de communication. Et l'étudiant doit aussi apprendre à se remettre en question."*
Charly a également alerté son école, l'Ifsi de Vichy, en 2014, après le harcèlement qu'il dit avoir subi dans un hôpital du Puy-de-Dôme, de la part d'une infirmière qui serait connue pour *"tyranniser"* les étudiants. *"Tout le monde savait que cette femme était horrible, personne n'a rien fait."*

"Plusieurs camarades des promos supérieures étaient passés par le même service que moi. On m'avait prévenu : 'Tu verras, c'est un stage casse-gueule'."

A plusieurs reprises, un autre lieu de stage a été mentionné à franceinfo comme problématique : il s'agit d'une clinique privée de Vichy, habituée à accueillir les étudiants de l'Ifsi de la même ville. *"On a vécu l'enfer"*, décrit Mélanie. Pendant le stage, elle a alerté deux professeures de son école. Selon elle, *"rien n'a été fait pour remédier au problème et d'autres filles y sont allées ensuite"*.
Le directeur de l'institut de formation de Vichy, Didier Dupeux, ne nous a accordé que quelques minutes par téléphone. *"Il peut arriver que cela se passe mal : je ne peux rien dire là-dessus. C'est la rencontre qui se fait ou qui ne se fait pas. Parfois,* [les étudiants] *dégustent, c'est vrai, mais on n'a pas de droit d'ingérence* [sur les lieux de stage]", nous a-t-il répondu. *"Les hôpitaux sont en tension avec le Covid. Ce thème-là, tout de suite, ne me semble pas opportun"*, a-t-il ajouté, avant de nous renvoyer vers la direction de l'hôpital de Vichy, auquel son école est rattachée, pour effectuer notre demande d'interview. A ce jour, nous n'avons pas eu de retour. Franceinfo a également sollicité l'Ifsi de Moulins (Allier), dont certains étudiants ont été envoyés en stage dans cette clinique. Sa directrice n'a pas souhaité nous répondre.

"Main-d'œuvre pas chère"

Alors pourquoi certaines écoles semblent-elles hermétiques aux plaintes des étudiants ? Leurs réticences à intervenir sur les lieux de stage seraient notamment liées au fait qu'elles manquent de structures où les envoyer. Difficile de trouver des places en stage pour tout le monde. Résultat, *"on est parfois quatre, cinq, six étudiants infirmiers au même endroit"*, témoigne l'un d'eux.
Et parfois, ils seraient même utilisés comme des effectifs de substitution. Justine, 23 ans, diplômée de l'Ifsi de Rouen, dit en avoir fait l'amère expérience en première année, dans un Ehpad du département. *"J'arrive le premier jour, il manquait des aides-soignantes. On m'a dit : 'Tu vas remplacer deux filles'. On m'a mise dans un couloir avec 10 à 15 résidents à gérer toute seule. J'ai fait ça pendant deux, trois semaines"*, raconte-t-elle. Les stagiaires sont pourtant censés être encadrés par un tuteur et se voir attribuer des tâches qui les font progresser dans leur pratique de futurs infirmiers. Dans les hôpitaux qui peinent à recruter des soignants, *"les étudiants infirmiers servent parfois de main-d'œuvre pas chère"*, affirme Manon, sortie cette année de l'école de Rouen. Au total, 100 000 postes seraient vacants, d'après la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP), dans les établissements publics comme privés, dont 34 000 postes d'infirmiers.

"Tout le monde se connaît"

Dans ces services en flux tendu, avant et pendant la crise sanitaire, les étudiants ont vu des soignants épuisés. *"C'est dans les services où les conditions de travail sont les plus dégradées que l'on retrouve souvent les violences des équipes sur les étudiants"*, explique Valérie Auslender. Pour la

généraliste, une grande part des soignants maltraitants reproduisent ce qu'ils ont eux-mêmes subi en tant que jeunes diplômés. Une analyse que partage Vincent Opitz, de la Fnesi.

"Ils sont dans une logique perverse qui consiste à penser : 'j'en ai bavé, donc ils en baveront aussi'. C'est la seule façon dont certains ont appris à être infirmiers."

En 2017, après la médiatisation du livre de Valérie Auslender et de l'enquête de la Fnesi, plusieurs solutions ont été étudiées pour endiguer les violences qu'ils dénoncent. Le Comité d'entente des formations infirmières et cadres (Cefiec) avait alors martelé qu'il fallait une meilleure formation des tuteurs de stage, ces soignants qui encadrent les étudiants sur le terrain. Une volonté réaffirmée aujourd'hui par sa présidente, Martine Sommelette : *"Cette proposition n'a pas abouti. Or, on pense qu'il faut professionnaliser davantage"*, explique-t-elle à franceinfo. La Fnesi réclame également une *"revalorisation salariale et une adaptation du temps de travail"* de ces encadrants. De leur côté, les étudiants insistent sur le rôle des formateurs dans leurs écoles. *"Il y a des directeurs et des directrices en écoles d'infirmiers qui font en sorte d'être à l'écoute et de régler le problème en interne,* souligne Valérie Auslender, *mais il y en a aussi d'autres qui ne sont absolument pas soutenants et sont très 'corporate' avec les professionnels de santé."* Car les enseignants en Ifsi sont eux-mêmes des cadres infirmiers. Les gros instituts de formation ont pour particularité d'être rattachés à des centres hospitaliers, dont les enseignants, les fameux "formateurs", sont souvent issus. Conséquence : *"Tout le monde se connaît"*, confie à franceinfo un ancien formateur. *"Nos encadrants à l'école ne prennent jamais au sérieux ce qu'un étudiant dit. Ce sera toujours l'équipe soignante qui aura raison"*, affirme Jeanne.
"Aujourd'hui, je ne me laisse plus faire, ni par des collègues désagréables, ni par des médecins, assure Charly, infirmier diplômé depuis quatre ans. *Mais j'ai toujours cette pensée qui m'accompagne : est-ce qu'ils n'avaient pas raison en disant que j'étais nul ? Il y a un doute insidieux qui subsiste, à vie. Ça reste en chacun de nous constamment."*
** Le prénom a été modifié.*

https://www.francetvinfo.fr/economie/emploi/carriere/vie-professionnelle/sante-au-travail/enquete-franceinfo-brimades-humiliations-harcelement-des-etudiants-infirmiers-racontent-l-enfer-vecu-pendant-leurs-stages_4180029.html

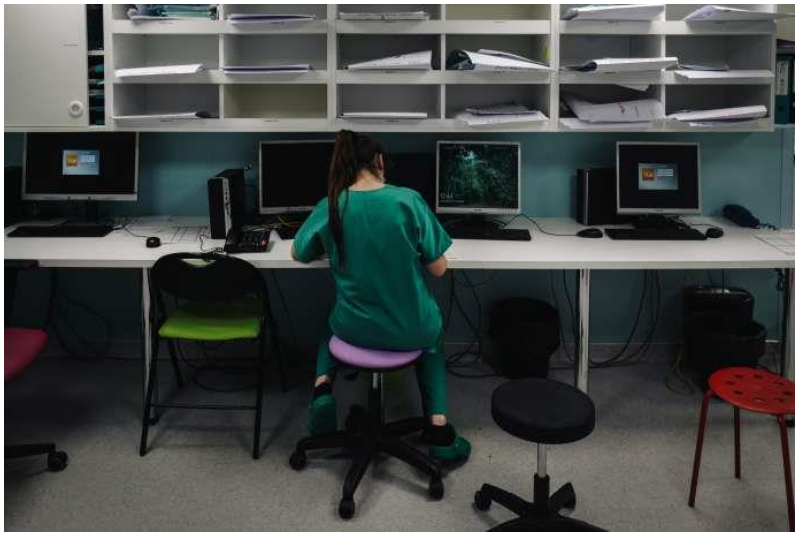
Le Monde

Harcèlement sexuel, violences morales : le cauchemar des stages des internes en médecine générale

Deux thèses décrivent la « culture de la violence » qui sévit envers les internes en médecine générale, notamment dans les hôpitaux universitaires.

Par **Soazig Le Nevé** Publié le 23 octobre 2020 à 23h58 - Mis à jour le 24 octobre 2020 à 22h38

Article réservé aux abonnés



Deux thèses décrivent la « culture de la violence » qui sévit envers les internes en médecine générale, notamment dans les hôpitaux universitaires. LUCAS BARIOULET / AFP

Le dénigrement, l'humiliation, le harcèlement et la violence : la souffrance constituerait un passage obligé lors des stages des étudiants en médecine à l'hôpital et, dans une moindre mesure, en cabinet libéral.

« On a réussi à faire pleurer tous les internes », s'est ainsi vanté un praticien, selon des propos rapportés par un étudiant que Sara Eudeline et Amélie Jouault ont cité dans leurs thèses sur les violences subies par les étudiantes et étudiants en médecine générale et les facteurs qui en sont à l'origine. Soutenus jeudi 22 octobre à la faculté de médecine de Sorbonne Université, leurs travaux ont reçu une mention très honorable avec félicitations du jury.

Les deux jeunes médecins, qui ont mené l'enquête auprès de plus de deux mille internes en médecine générale, issus de trente-sept universités, soit près de 20 % de l'effectif, ont souhaité documenter une situation qu'elles avaient elles-mêmes vécue dans des hôpitaux universitaires. **Le livre de la médecin Valérie Auslender**, Omerta à l'hôpital. Le livre noir des maltraitances faites aux étudiants en santé (Michalon), publié en 2017, les a encouragées à libérer une parole ressentie comme honteuse.

Article réservé à nos abonnés **Lire aussi** Coronavirus : alerte sur l'état de santé mentale des internes en médecine

« La quasi-totalité des étudiants en médecine ont subi des violences, qu'elles soient d'ordre physique, verbal, sexuel, liées à un bizutage ou à un dépassement des horaires de travail, affirme Amélie Jouault. Cela n'a rien d'un problème à la marge. » Les étudiants en médecine seraient même particulièrement vulnérables, plus de

la moitié d'entre eux estimant leur état de santé comme moyen ou mauvais, et 31 % ayant déjà eu des idées suicidaires.

La perversion et la lubricité de certains médecins et personnels soignants ne connaît pas de limite. Comme ce praticien qui, dans la chambre d'un patient, lance à une interne n'ayant pas répondu correctement à sa question : « Tu vois la fenêtre ? Tu l'ouvres et tu sautes. » Ou celui-là, qui s'enquiert auprès de la stagiaire dont il est responsable de comment « [s]a chatte est épilée », et de « quand on s'organise [une] partouze ? ». Ou encore cet autre qui lâche : « Tu vois cette patiente, elle a eu quatre enfants, mais toi à ton âge je suis sûre que ta chatte est pas comme ça. »

Parcours quasi sacrificiel

Sara Eudeline souligne que les internes n'ont pas forcément conscience de ce qu'ils vivent, tant ils ont « intériorisé » la violence : « Ils savent que s'ils en parlent, on leur dira qu'ils sont faibles. » Au cours de leur cursus, 93,6 % des étudiants de l'échantillon ont déclaré avoir subi des violences psychologiques de façon occasionnelle ou répétée, 53 % des violences de nature sexuelle et sexiste, 49,6 % des violences physiques, et près de 20 % un bizutage.

https://www.lemonde.fr/societe/article/2020/10/23/harcelement-sexuel-violences-morales-le-cauchemar-des-stages-des-internes-en-medecine-generale_6057186_3224.html

Entre violence et coronavirus, les médecins de l'hôpital de Mopti acculés

16 juin 2020Dilly Dicko

Télécharger

Après une journée bien remplie à jongler entre formalités administratives, réunions et obligations médicales, le docteur Brehima Traoré, directeur adjoint de l'hôpital Sominé Dolo à Mopti, au centre du Mali doit faire face aux imprévus de la vie hospitalière. Son téléphone sonne, il est attendu au bloc opératoire ! Comme lui, ses collègues sont également acculés par la charge de travail dans cette région marquée par des violences djihadistes, des affrontements communautaires et désormais, le nouveau coronavirus.

archives 2016 violence

Société

Les hôpitaux français malades de la violence

VIDÉO - Insultes quotidiennes, agressions physiques... Un rapport officiel dresse un constat édifiant des violences et incivilités, notamment aux urgences. Reportages, interviews, infographies : retrouvez notre dossier.

Par **Anne Jouan** et **Damien Mascret**
Publié le 26 septembre 2016 à 20:35, mis à jour le 27 septembre 2016 à 08:52

«On ne peut pas dire qu'il y a plus de violences (à l'hôpital), mais leur origine ou leur forme a changé». C'est ce qu'affirme l'Observatoire national des violences en milieu de soins (ONVS), un organisme sous tutelle du ministère, dans son dernier rapport annuel (2015). «Ce qui augmente est l'aggravation du sentiment d'insécurité ressenti par les personnels de santé. La tolérance face à des violences dont les causes sont parfois mal identifiées ou à des violences gratuites est devenue très faible».

Le rapport liste les principaux motifs de violence. Si les reproches relatifs à la prise en charge constituent le premier reproche (avec plus de 58 % des motifs de violence observés), suivent l'alcoolisation (12%) et le temps d'attente jugé excessif par les patients (11,6%).

Dans la répartition des signalements d'atteinte aux personnes réalisée par l'ONVS, les injures, insultes et provocations apparaissent en première ligne avec 36,7% des cas. L'ONVS note sobrement qu'aux urgences, «les agressions verbales sont quotidiennes et les agressions physiques nombreuses».

LIRE - À l'hôpital, une agression toutes les 30 minutes

Ce mardi 13 septembre, il est 22 h 49, aux urgences de l'hôpital Delafontaine à Saint-Denis, au nord de Paris. Un homme est admis pour un traumatisme crânien. À ses côtés, son frère s'agite, s'inquiète, s'emporte. C'est le docteur Armand N. qui fait les frais des foudres fraternelles. L'homme l'agresse violemment. Il lui brise les deux mains au point que le médecin doit immédiatement être pris en charge au bloc pour une intervention. Il écopera de 50 jours d'incapacité temporaire de travail.

LIRE - 22 h 49, aux urgences de l'hôpital Delafontaine, à Saint-Denis, le frère d'un patient casse les mains d'un médecin

C'est le plus gros service d'urgences du Val-de-Marne. Chaque année, le Centre hospitalier intercommunal de Créteil (Chic) y accueille 100.000 enfants, adultes et femmes enceintes. Quasiment sans heurts. Un modèle qui ne doit rien au hasard. L'architecture a été pensée pour séparer la salle d'attente des lieux de soins, des boutons d'alerte déclenchent l'arrivée d'un agent de sécurité, des vigiles interviennent grâce à la vidéosurveillance...

LIRE - À Créteil, un bouton d'alerte à portée de main

Christophe Prudhomme est porte-parole de l'Association des médecins urgentistes de France (Amuf). Il travaille au Samu de Bobigny. Pour lui, le problème vient en partie du trop grand nombre de patients arrivant aux urgences, du fait du manque de généralistes: «Comme nos collègues médecins de ville sont débordés, les malades se retrouvent à l'hôpital, aux urgences» . Selon, lui, «il faut former le personnel hospitalier à la gestion de la violence, lui apprendre la médiation, la contention physique, que ce soit pour des patients agressifs ou pour des malades plus psychiatriques. Il existe des techniques pour faire baisser le seuil d'agressivité».

INTERVIEW - Christophe Prudhomme: «Former le personnel à la contention physique»

https://www.lefigaro.fr/actualite-france/2016/09/26/01016-20160926ARTFIG00349-les-hopitaux-francais-malades-de-la-violence.php

cleveland.com
COVERING NORTHEAST OHIO

University Hospitals' Antifragility Initiative works to end the cycle of violence in Cleveland, one teen at a time

Updated Oct 26, 2020; Posted Oct 26, 2020

Dr. Edward Barksdale, the chief pediatric surgeon at University Hospitals' Rainbow Babies & Children's Hospital, spearheaded the Antifragility Initiative that helps teens overcome violence after they've been shot or assaulted in Greater Cleveland. The program has enrolled more than 80 teens since launching in the summer of 2019. (University Hospitals)

Fy Evan MacDonald, cleveland.com

CLEVELAND, Ohio – James Russell never expected an emergency room physician to call him and tell him his son had been shot.

The news his teenage son had been severely hurt in an attempted robbery had the Warrensville Heights resident racing to Rainbow Babies & Children's hospital during the summer of 2019. Russell feared for his son, who suffered a gunshot wound to the hip. He was also furious that a stranger could have killed a high-achieving student and star athlete, just to steal a cellphone and a pair of sneakers.

Russell intended to keep that fury to himself. It boiled over to the extent his blood pressure skyrocketed days later, resulting in his own stay in the hospital. But then he met Matthew Krock, the coordinator of University Hospitals' Antifragility Initiative, which he credits as being a critical lifeline during his family's time of need.

"I'm pretty standoffish, and I looked at him and first, and almost thought 'get away from me,'" Russell remembered more than 14 months later. "But the way he approached me, I thought about it and we exchanged numbers. I kept an open mind. I was upset at the time, and I'd never been through this. So I reached out, and it worked for me. He really helped me and my family."

The Antifragility Initiative is a hospital-based violence intervention program for teens shot and assaulted in the Cleveland area. It's designed as an intervention at the moment those teens are most fragile and vulnerable, in order to help them process and overcome their trauma. The aim is to spend roughly one year connecting them to therapy, mentorship or other services designed to help them recover and avoid further violence.

What sets University Hospitals' program apart from other hospital-based violence intervention programs, though, is its focus on post-traumatic growth. The program is designed to help teens make positive and meaningful changes in their lives, in order to keep them out of the emergency room or a juvenile detention center. It also focuses on the systemic issues that plague Greater Cleveland's most impoverished neighborhoods and disproportionately affect Black children.

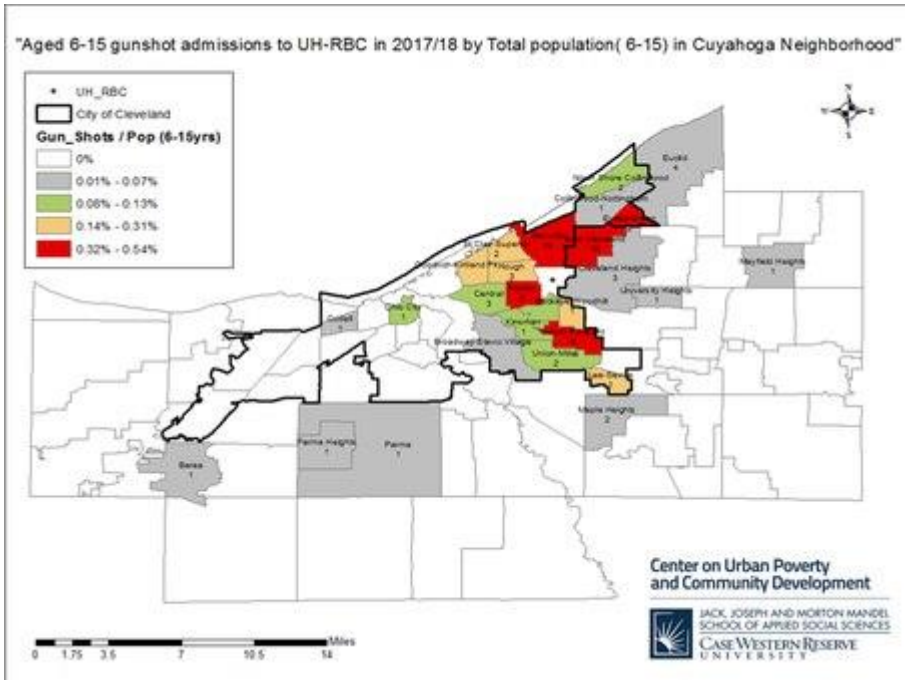
"I believe there are many kids out there who have not been presented with the opportunities that allow them to pursue their strengths and their dreams," said Dr. Edward Barksdale, the chief pediatric surgeon at UH Rainbow Babies & Children's Hospital who was instrumental in developing the AI. "They're just bombarded with despair.

"We want to be purveyors of hope, and I say that in a way that is not meant to be corny," Barksdale said. "We want to identify the strengths of an individual to try to connect to them at a human level, to fill the gaps that exist in their lives."

Since 2018, UH has obtained $1.7 million in grants for the program through the federal Victims of Crime Act Fund. More than 80 teens have been involved in the program since it launched June 21, 2019.

Russell said Krock acted as a confidante throughout his son's arduous recovery. The AI pointed the teen toward mentorship and other services, and Russell says that helped ease the burden during the challenging process.

"It was a great buffer, having someone to turn to," Russell said. "He really helped me, and he really helped my family."



Gun violence disproportionately affects children and teens in Cleveland's East Side neighborhoods, according to data compiled by Case Western Reserve University's Center for Urban Poverty and Community Development. (Center for Urban Poverty and Community Development)Center for Urban Poverty and Community Development

'A life script written for them'

Preventing a cycle of violence doesn't begin the moment a teens arrives in the emergency room. The UH team recognized that a confluence of factors make it far more likely that some of Cleveland's teens could be shot or assaulted.

To get a better understanding of the issue, they partnered with researchers from Case Western Reserve University's Mandel School of Applied Social Sciences. The researchers used data on 429

gunshot and assault victims who came into the Rainbow Babies and Children's Hospital emergency room in 2017 and 2018 to create a retrospective profile.

The data showed that for many teens, arriving in the emergency room as the victim of a violent trauma almost seemed predetermined.

"It almost seems that at birth, some of these children have had a life script written for them that is hard for them to change," Barksdale said.

The data suggests a recurring cycle of systemic racism and poverty leads to juvenile delinquency, crime and violence.

More than 97% of pediatric gunshot victims and more than 92% of assault victims were Black, they found. By comparison, just 64% of children in the Cleveland Metropolitan School District are Black. And many of those pediatric trauma victims live in some of poorest areas of Greater Cleveland, including the Cleveland neighborhoods of Glenville, Hough and Euclid-Green and the city of East Cleveland.

Poverty plagued many of the trauma victims from the time they were born. Nearly 60% of gunshot victims were born to a mother without a high school diploma, and more than 40% of pediatric trauma patients suffered lead poisoning at critical points in their development.

The pediatric trauma victims were also more likely to be abused or neglected. More than 67% had been the subject of an abuse or neglect investigation before their injury.

"These findings should be shocking to anyone looking at them," said Meghan Salas Atwell, a senior research associate with the Mandel School's Center for Urban Poverty and Community Development. "These kids are young. If you look at what they've been through before they entered the hospital, it's shocking. But unfortunately not all that surprising."

The retrospective profile helped the AI team understand that the injury that brought the child to the emergency room is often the cumulative effect of a series of traumatic life experiences. And that if nothing is done to address those issues, they're likely to recur with Cleveland's next generations of teenagers.

"This is really a failure of the of systems for our youth," said Laura Voith, an assistant professor with the Mandel School's Center on Trauma and Adversity. "It's systematically and disproportionately failing our Black youth and our Black families."