



Direction générale de l'offre de soins

RAPPORT ANNUEL 2014

(Rapport de 2015 sur les données 2014)



Arnaud Poupard
Commissaire de police
Chargé de mission
arnaud.poupard@sante.gouv.fr

Claude Barat
Gestionnaire
claude.barat@sante.gouv.fr

<https://o6.sante.gouv.fr/onvs/>

Observatoire o6/SR6

Bureau des Système d'Information Décisionnel

SOMMAIRE

AVANT PROPOS	4
INTRODUCTION	6
I. PRÉSENTATION DES DONNÉES 2014	7
I.1 Les régions déclarantes	7
I.2 Les types d'établissements déclarants	9
I.3 Les faits signalés en 2014	11
I.4 Les atteintes aux personnes	17
I.5 Les atteintes aux biens	21
II. ANALYSE DES VIOLENCES ENVERS LES PERSONNES	30
II.1 Typologie des victimes	30
II.2 Typologie des auteurs	32
II.3 Les motifs des violences	32
II.4 La gestion des évènements de violence	33
II.5 Les suites données	34
III. LES VIOLENCES ENREGISTREES EN MEDECINE DE VILLE	36
IV. LA PREVENTION DE LA VIOLENCE	36
IV.1 Les actions mises en œuvre	36
IV.2 Diffusion des bonnes pratiques	45
V. LES MODALITES D'ACCOMPAGNEMENT	46
V.1 Le partenariat	46
V.2 Les visites techniques et les interventions thématiques	47
V.3 Les fiches réflexes (ci-dessous) «accompagnement des victimes de violences»	47
VI. CONCLUSION	48
VII. ANNEXES	49
Le projet des Hospices civils de Lyon :	49

La fiche de déclaration ONVS 2015.....	54
Les fiches réflexes	55
L'échelle de déclaration de l'ONVS.....	63
Observatoire pour la sécurité des médecins, synthèse des évènements 2014 :.....	64
Observatoire de la sécurité des pharmaciens, synthèse des évènements 2014 :	75
Protocole Santé-Sécurité du 12 août 2005	92
Protocole Santé-Sécurité-Justice du 10 juin 2010	96
Protocoles des professions libérales du 20 avril 2011	100

Nos plus sincères remerciements à tous les personnels et à tous les établissements qui ont participé à l'alimentation de la plate-forme de signalement de l'ONVS et à ceux qui ont accepté de nous faire partager leur expérience.

AVANT PROPOS

Depuis dix années, l'[Observatoire national des violences en milieu de santé](#) (ONVS) propose un bilan des incidents de violence déclarés par les établissements de soins.

L'Observatoire a été créé par une circulaire du [11 juillet 2005](#). Elle définit les missions qui sont, notamment, de coordonner et d'évaluer les politiques mises en œuvre par les différents acteurs sur l'ensemble du territoire afin de garantir la sécurité des personnes et des biens à l'intérieur des établissements concernés, d'intervenir en appui des établissements, de collecter et d'analyser les faits de violences. Elle développe la circulaire du [15 décembre 2000](#) qui définit les grands axes d'une politique de prévention des situations de violence dans les hôpitaux. Les accords ministériels santé-sécurité-justice de [12 août 2005](#), du [10 juin 2010](#) et du [20 avril 2011](#) complètent le dispositif de prévention de la violence pour les secteurs sanitaire et médico-social publics et privés ainsi que la médecine de ville. Enfin, les visites techniques effectuées par l'ONVS auprès des établissements et professionnels de santé permettent de recueillir et diffuser les [bonnes pratiques](#), d'orienter et d'accompagner les acteurs du système de santé.

Les signalements des professionnels de santé sont enregistrés à partir des systèmes de déclaration propre à chaque établissement. Afin de rapprocher les signalements, l'ONVS a mis à disposition une fiche modèle ([ci-dessous](#)).

La [plateforme de déclaration](#) de l'ONVS permet l'enregistrement exhaustif de toutes les atteintes aux personnes et aux biens déclarés dans les établissements sanitaires et médicaux sociaux (les statistiques en matière de médecine de ville ne sont appréhendées que par l'intermédiaire des observatoires des violences des Ordres). Elle donne, en outre, accès à des statistiques en temps réel sur les faits déclarés qui permettent de compléter une politique de prévention et de mesurer les effets des mesures prises. Cette procédure de recueil permet, par le biais d'une application Internet unique, de recenser les atteintes aux personnes et aux biens et de centraliser les événements de violence. La consultation peut ensuite s'effectuer à trois niveaux (local pour l'établissement concerné, régional pour l'agence régionale de santé et enfin national pour l'ONVS). Depuis début 2015, la plateforme ONVS permet la distinction entre les violences commises en raison d'une pathologie (que l'on retrouve davantage en secteur de psychiatrie ou de gériatrie) des autres actes (que l'on retrouve en plus forte proportion dans les services d'urgences). En effet, les mesures de prévention sont davantage du domaine de la prise en charge dans le premier cas et davantage du domaine de la prévention situationnelle dans le second.

Les éléments statistiques présentés dans ce rapport sont donc issus des signalements des établissements sur la base du volontariat. Ils ne prétendent pas à l'exhaustivité, mais représentent un reflet, un instantané des phénomènes de violences présents dans les services.

Des données brutes auraient peu de signification en elles-mêmes. L'intérêt réside dans l'analyse que l'on peut en faire, les conclusions que l'on peut en tirer sur la réalité et les contours du phénomène observé. Les éléments chiffrés permettent d'apporter une contribution à la connaissance de ces incidents, leur fréquence, le profil des auteurs et des victimes, ainsi que les suites et les conséquences des actes subis. Ils permettent d'éclairer les

décideurs publics sur la réalité des phénomènes afin que l'élaboration des politiques publiques puisse reposer sur des constats et des faits permettant d'étayer et de valider des choix stratégiques. Il s'agit donc bien au final de fonder une politique publique de prévention des violences et d'accompagnement des établissements.

Ces statistiques ont également pour objectif de fournir des éléments d'information aux professionnels et aux médias. Au-delà des *a priori* et des préjugés, il est important de disposer d'éléments statistiques stabilisés et objectifs. Dans ce domaine, l'ONVS réalise depuis sa création des efforts importants afin de mobiliser les différents acteurs autour des déclarations d'évènements violents. Au regard de la politique incitative mise en place par le ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes il serait donc contradictoire de vouloir exploiter ces chiffres en fonction d'une quelconque évolution (positive ou négative).

L'hôpital est par nature un lieu hors du commun où la souffrance et l'angoisse ont toujours été présentes. On ne peut donc pas dire qu'il y a plus de violences, mais que leur origine ou leur forme a changé. Ce qui augmente cependant 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.

L'ONVS constate, notamment à l'occasion de ses nombreux déplacements, que le premier filtre à la déclaration des évènements est constitué par les soignants eux-mêmes, qu'ils aient une activité salariée ou libérale. En second, le frein à la déclaration est constitué par les établissements qui ne travaillent pas encore avec l'ONVS. Pourtant, tout fait non déclaré à son autorité de tutelle et à l'ONVS est ignoré ; aucune mesure objective ne peut être prise. L'exhaustivité des déclarations est le seul moyen de connaître le phénomène, d'agir en prenant les bonnes décisions et surtout d'effectuer des statistiques comparatives significatives qui permettent d'évaluer les mesures prises.

L'ONVS encourage à la déclaration de tous les évènements de violences (atteintes aux personnes et aux biens) quelle que soit leur gravité. Au-delà des signalements effectués par les établissements, la connaissance du phénomène des violences commence par la décision de chacun (souvent un soignant) de prendre un peu de temps pour déclarer un évènement violent à son autorité de tutelle. L'ONVS rappelle que seule l'exhaustivité des signalements associée à une politique de prévention des atteintes aux personnes et aux biens - intégrée dans une stratégie de prévention des risques - permet la mise en évidence objective de phénomènes liés à la violence et la prise de décisions adaptées.

Enfin, au-delà de la démarche active de l'ONVS, l'ensemble des établissements sanitaires et médico-sociaux sont encouragés à prendre contact avec l'observatoire dans le cadre du développement de leur politique de prévention des atteintes aux personnes et aux biens.

INTRODUCTION

La violence au travail affecte pratiquement tous les secteurs et toutes les catégories de travailleurs, mais elle menace particulièrement le secteur de la santé. Elle altère la prestation des services de soins de santé, la qualité des soins dispensés pouvant s'en ressentir et les professionnels de santé pouvant être incités à changer de cadre de travail ou de métier.

Cette année, l'ONVS a pu travailler sur 14 502 signalements. Cette photographie de l'année 2014 est riche d'enseignements. L'absence d'exhaustivité des signalements ne permet d'extraire des statistiques comparées significatives d'une année sur l'autre au niveau national. En revanche, pour les établissements qui ont mis en place une politique de déclaration exhaustive, ils peuvent procéder à ces comparaisons. Tel n'est pas l'objectif du présent rapport. L'ONVS travaille en toute confiance avec eux.

L'ONVS constate que le nombre des déclarations est en hausse et le nombre des établissements participant au dispositif en légère baisse. Il s'agit très souvent du départ de la personne en charge de ces déclarations qui met fin aux signalements. Les souffrances se poursuivent pourtant.

Les violences faites aux personnes représentent près des $\frac{3}{4}$ des signalements. Elles sont de loin les plus mal perçues par les personnels.

Le nombre de victimes déclaré est en baisse. 18 143 victimes déclarées représentent un « hospitalier » victime toutes les 30 minutes.

L'action principale de l'ONVS est d'améliorer la sécurité des professionnels et établissements de soins. Cette mission ne peut être faite qu'avec les personnels et en partenariat. Si la tâche est immense, il est encourageant de constater que partout où des mesures sont prises, les violences baissent.

Ce rapport s'attache à souligner les grandes tendances des signalements effectués en 2014 et à diffuser les éléments permettant de mieux prévenir les atteintes aux personnes et aux biens en secteur.

I. PRÉSENTATION DES DONNÉES 2014

En 2014, l'observatoire a été rendu destinataire de 14 502 signalements d'atteintes aux personnes et aux biens, effectués par 337 établissements sanitaires et médico-sociaux. En 2013, 353 établissements signalaient 12 432 faits.

I.1 Les régions déclarantes

Ce tableau n'illustre pas la dangerosité des régions, mais le nombre des établissements travaillant avec l'ONVS et les signalements qu'ils ont souhaité porter à sa connaissance.

Tableau 1. Présentation des déclarations 2014 par région

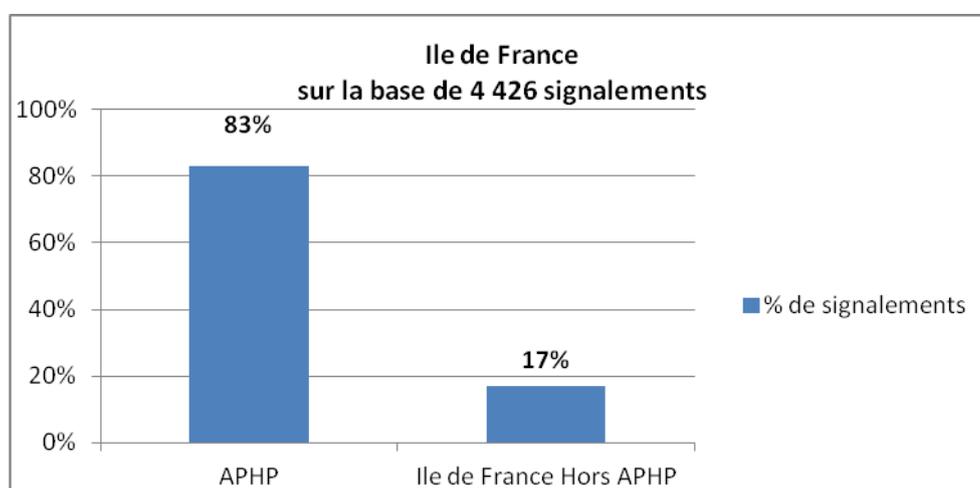
Régions ARS	Nombre d'établissements déclarants 2013	Nombre d'établissements déclarants 2014	Nombre total de signalements
Alsace	14	11	490
Aquitaine	14	11	329
Auvergne	5	6	96
Basse-Normandie	23	24	975
Bourgogne	7	7	622
Bretagne	21	15	693
Centre	12	13	350
Champagne-Ardenne	12	14	358
Corse	1	1	35
Franche-Comté	5	6	232
Haute-Normandie	7	10	150
Ile-de-France	55	61	4 426
Languedoc-Roussillon	20	19	852
Limousin	4	6	190
Lorraine	23	23	595
Midi-Pyrénées	16	20	1 325
Nord-Pas-de-Calais	17	14	583
Pays de la Loire	15	13	780
Picardie	13	12	198
Poitou-Charentes	10	8	104
Provence-Alpes-Côte d'Azur	38	22	514
Rhône-Alpes	17	16	465
Martinique	0	1	2
Guyane	1	1	130
Guadeloupe	2	1	1
Océan Indien	1	2	7
Totaux	353	337	14 502

Cette analyse permet une approche sur l'utilisation locale de l'application mise à disposition par l'ONVS afin de permettre aux ARS d'avoir une connaissance plus fine des établissements qui ont développé une politique nationale de remontée d'informations.

Les visites techniques et les conférences effectuées par l'ONVS initient souvent un partenariat avec les établissements et un début de déclaration des faits recensés en leur sein (déclarations qu'il appartient de maintenir par la suite). Pour les établissements avec lesquels l'ONVS travaille déjà, on constate une hausse des déclarations traduisant une plus grande exhaustivité de la prise en compte du phénomène.

La région Ile-de-France représente 30% des déclarations avec 4 426 signalements en 2014 pour 61 établissements déclarants. Signalons que l'assistance publique des hôpitaux de Paris (AP-HP) a mis en place une politique de déclarations exhaustives des atteintes aux personnes et aux biens – que nous encourageons – ce qui explique un fort taux de signalement. Depuis 2012, l'AP-HP qui représente 35 établissements franciliens (ainsi que 2 établissements hors Ile-de-France) a décidé d'abandonner son outil interne de recensement des événements au profit de celui de l'ONVS.

Graphique 1. Données 2014 en Ile-de-France



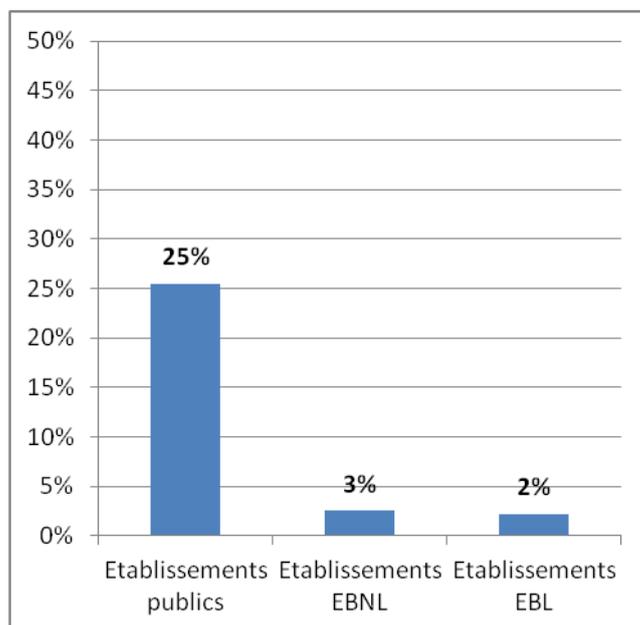
Concernant les autres régions, l'implication dans le dispositif est variable sans que l'on puisse toutefois en tirer des conclusions générales. D'un établissement à l'autre, les politiques en la matière diffèrent. Pour certains, la mise en place d'un outil interne de recensement des déclarations et d'initiatives en matière de prévention des violences va de pair avec l'alimentation de la plate-forme nationale, pour d'autres les actions se concentrent au niveau local.

Il est également possible que certaines régions moins confrontées à ces phénomènes se sentent moins concernées par cette problématique. Il faut cependant souligner que l'anticipation est la meilleure des réponses et qu'il est préférable de mettre en place, par anticipation et sereinement, une politique de prévention des violences sans attendre la survenue d'événements obligeant à une action précipitée.

L'implication des agences régionales de santé dans les politiques de prévention et de gestion des événements de violence doit permettre, en relayant la politique nationale et en associant les établissements, de créer une réelle dynamique en la matière.

I.2 Les types d'établissements déclarants

Graphique 2. % d'établissement ayant eu recours à la plateforme, par type d'établissement



Les établissements de santé privés ont participé à hauteur de 2 et 3 % (soit 68 établissements) et ont procédé à 811 signalements en 2014 (6% des signalements). La FHP-MCO (fédération de l'hospitalisation privée) encourage les établissements à développer leur partenariat avec l'ONVS. Certains de ces établissements ont fait l'objet d'une visite technique pour développer leur politique de prévention. En effet, ceux-ci vivent les mêmes difficultés que les établissements publics dont plus de 25% travaillent avec l'ONVS.

Tableau 2. Répartition des déclarations par type d'établissement

	Catégorie	Nombre d'établissements	Nombre d'établissements déclarants	% de déclarants	Nombre de signalements	% de signalements
Public		919	234*	25%	13691	94%
	CHR-EJ	32*	17*	53%	6125	42%
	CH-EJ	522	159	30%	4915	34%
	CH (ex. HL)-EJ	258	14	5%	222	2%
	EPSM-EJ	88	40	45%	2393	17%
	SIH-EJ	6	2	33%	23	0,2%
	GCS pub.Sant-EJ	3				
	ET public particulier	1				
	Hôp. Instruc. des armées-ET	9	2	22%	13	0,1%
EBNL		1553	39	3%	650	4%
	CLCC-EJ	18	1	6%	14	0,1%
	MCO-ET	159	20	13%	422	2,9%
	HAD-ET	121	1	1%	7	0,05%
	Dialyse ET	513	1	0%	33	0,2%
	Psy-ET	284	4	1%	61	0,4%
	SSR-ET	384	9	2%	59	0,4%
	USLD-ET	51				
	GCS pri.Sant.-ET	22	3	14%	54	0,4%
	RadioTh.-ET	1				
EBL		1318	29	2%	161	1%
	MCO-ET	528	20	4%	103	1%
	HAD-ET	39				
	Dialyse ET	174				
	Psy-ET	157	3	2%	28	0,2%
	SSR-ET	349	6	2%	30	0,2%
	USLD-ET	13				
	RadioTh.-ET	58				
	Total	3790	302*	8%	14502	100%

* Contrairement au tableau 1, les établissements de l'APHP et de l'APHM sont dénombrés en Entité juridique (35 ET APHP + 2 ET APMH déclarants = 2 EJ)

Très souvent, les établissements choisissent de déclarer sur la plateforme de l'ONVS à la suite d'un évènement violent, d'une visite technique ou d'une conférence du chargé de mission. Malheureusement, certains abandonnent le partenariat au bout de quelques mois, quelques années, au gré des mutations du ou des personnels en charge des déclarations ; la mission n'est pas reprise.

La part de l'hôpital public dans les déclarations reste prédominante avec plus de 25 % de ces établissements qui participent à l'alimentation de la plate-forme. Ils ont ainsi été à l'origine de 13 691 signalements soit 94% de l'ensemble.

Les établissements purement médico-sociaux déclarent très peu à l'ONVS. Pourtant, les quelques partenariats développés et visites techniques effectuées montrent que les violences sont autant présentes que dans les autres structures. Les violences semblent davantage du domaine des violences commises en raison d'une pathologie.

En 2014, 53% des centres hospitaliers régionaux (en hausse) et 30% des centres hospitaliers (constant) ont fait remonter 11 040 signalements d'incidents de violence. Il en a été de même pour 45% des établissements publics de santé mentale (en baisse) pour 2 393 signalements.

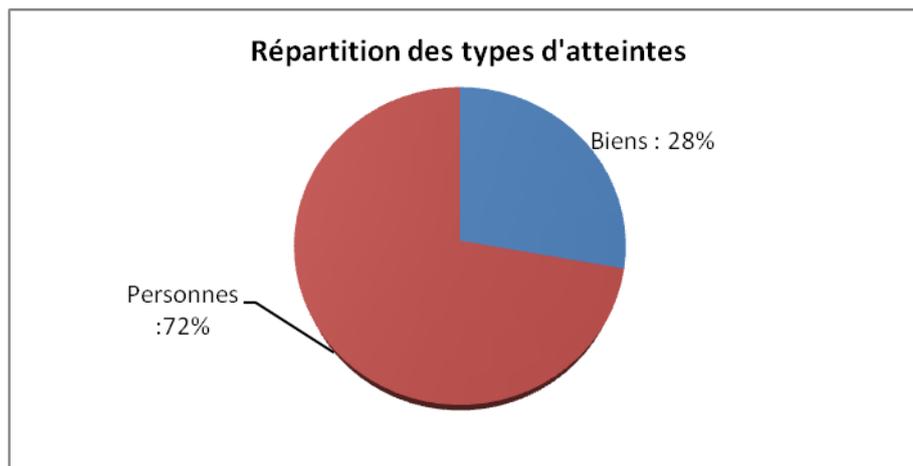
En outre, 13% des établissements privés à but non lucratif spécialisés en médecine, chirurgie, obstétrique ont signalé 422 faits. Les visites techniques effectuées par l'ONVS montrent que ces établissements sont confrontés aux mêmes difficultés que les établissements publics équivalents. De même, 4% des établissements privés à but lucratif spécialisés dans le même domaine déclarent 103 faits. Ils sont aussi confrontés à des difficultés équivalentes à leurs homologues du public.

I.3 Les faits signalés en 2014

Les événements signalés sont classés en deux catégories : les atteintes aux personnes et les atteintes aux biens. Pour chacune d'entre elles, une échelle de gravité ([ci-dessous](#)) a été instaurée, calquée sur la classification du Code pénal en crime, délit, contravention, en fonction de la réponse pénale apportée (tableaux 4 et 5). Les infractions ont été réunies par grandes familles permettant de prendre en compte l'ensemble des faits signalés à l'ONVS.

En 2014, 10 638 atteintes aux personnes et 4 098 atteintes aux biens étaient signalées. 420 déclarations répertoriaient les deux types d'atteintes cumulativement ; essentiellement des violences accompagnées de dégradations.

Graphique 3. Répartition des signalements de violences



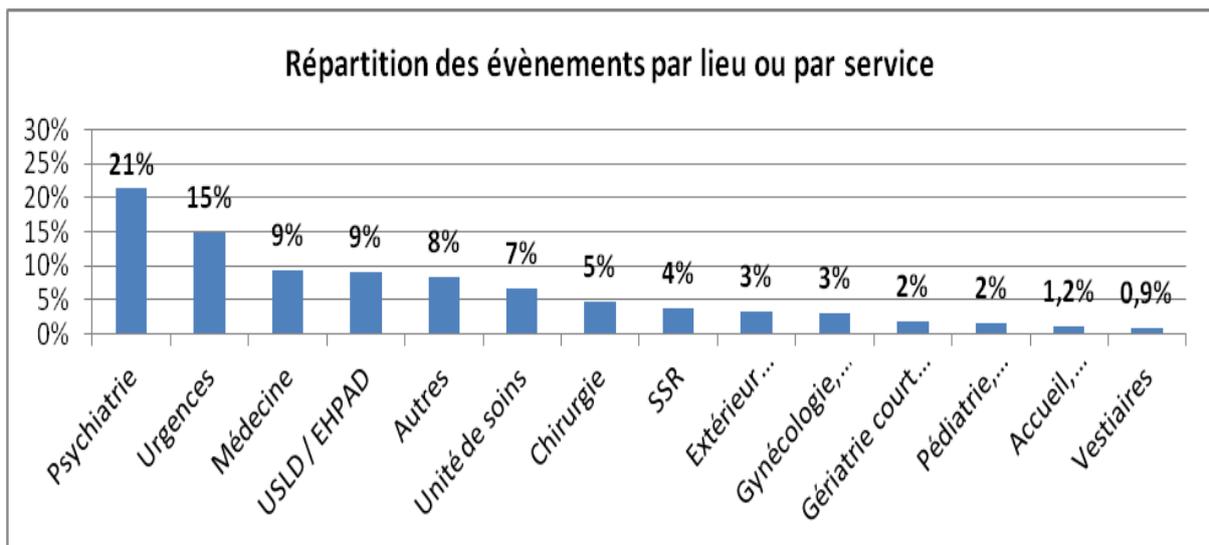
Dans la logique du système déclaratif mis en place lors de la création de cet observatoire, les établissements font remonter majoritairement des atteintes aux personnes (à l'exception notable de l'AP-HP pour les raisons mentionnées supra). En effet, ce type

d'atteintes est, pour des raisons évidentes, celui qui est le plus mal ressenti par le personnel et pour lequel il est souvent le moins bien préparé. Par ce biais, les victimes désirent également alerter sur leurs conditions de travail et la dégradation des relations patients/soignants.

Une étude de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), reprise dans le panorama des établissements de santé 2014, précise que *les tensions avec le public se sont accrues, mais que le soutien social et la coopération se sont aussi développés*. Selon cette étude, entre 2003 et 2013, la proportion de salariés ayant des *rappports tendus* avec le public a augmenté. C'est le cas pour les agents d'entretien (19 % en 2003, 32 % en 2013), les aides-soignants (43 % en 2003, 56 % en 2013) et les infirmiers et sages-femmes (54 % en 2003, 66 % en 2013). L'étude montre également l'importance de l'entraide entre collègues qui reste un *trait caractéristique fort de l'hôpital*.

Des évènements signalés en 2014, on constate que tous les services sont exposés¹ à des phénomènes de violence, cependant certains lieux et certaines activités sont plus concernés.

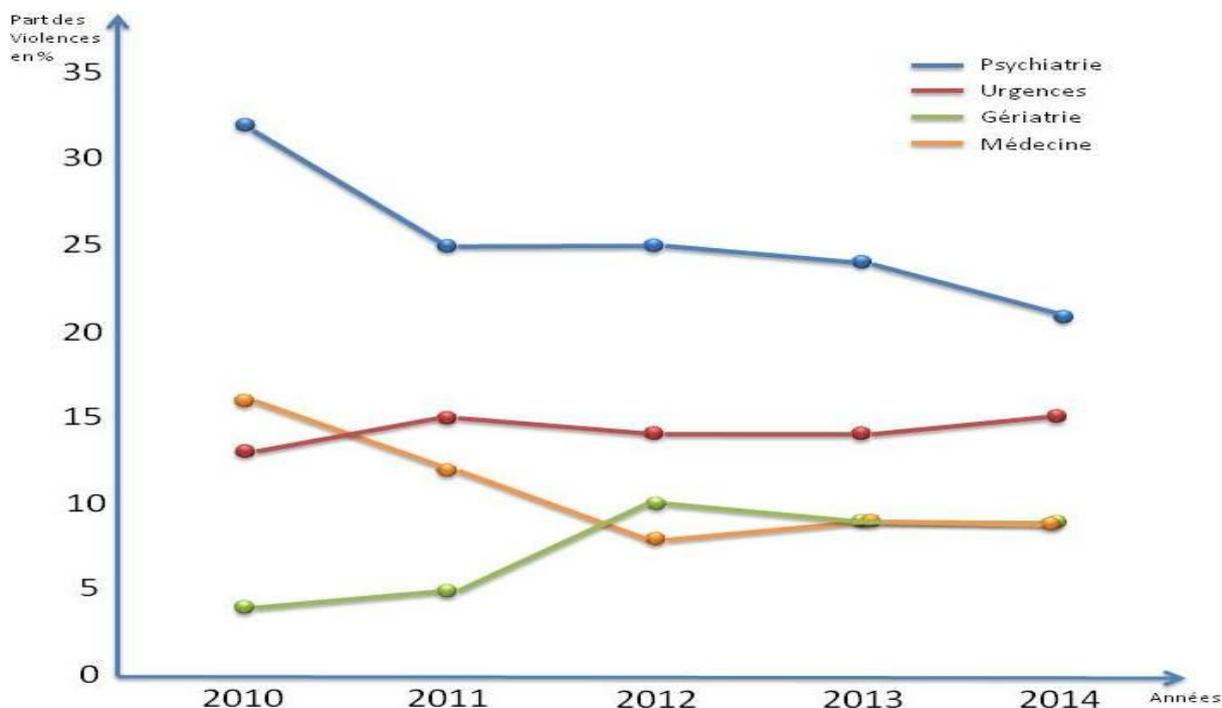
Graphique 4. Répartition des évènements par lieu ou par service



Toutes atteintes confondues, les services les plus concernés ont été la psychiatrie avec un cinquième des incidents déclarés, les urgences, la médecine (qui recouvre une grande diversité d'unité entre chaque établissement) et la gériatrie.

¹ Selon le panorama des établissements de santé Edition 2014 (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), au cours de l'année 2012 les établissements de santé ont pris en charge 26,9 millions de séjours répartis en 12,2 millions d'hospitalisations à temps complet et 14,7 millions de venues en hospitalisation partielle ou de moins de un jour.

Graphique 5 : Evolution de la part des signalements sur 5 ans pour les services les plus concernés



Sur les cinq dernières années, on peut observer une évolution assez significative concernant ces services. Cette variation est essentiellement liée à l'évolution des établissements déclarants à l'ONVS, 306 en 2010 et 337 en 2015 dont l'APHP.

La part des urgences (15%), de la gériatrie et de la médecine (9%) tend à se stabiliser. En revanche, les faits sont en hausse sur un an avec + 409 faits pour les urgences, + 210 faits en gériatrie et + 178 faits pour la médecine. La proportion des violences recensée en psychiatrie est en baisse (alors que les faits sont en légère hausse, + 82 faits). Ces évolutions sont à rapprocher de la hausse du nombre des CH/CHU/CHR déclarants et la baisse du nombre des établissements de psychiatrie.

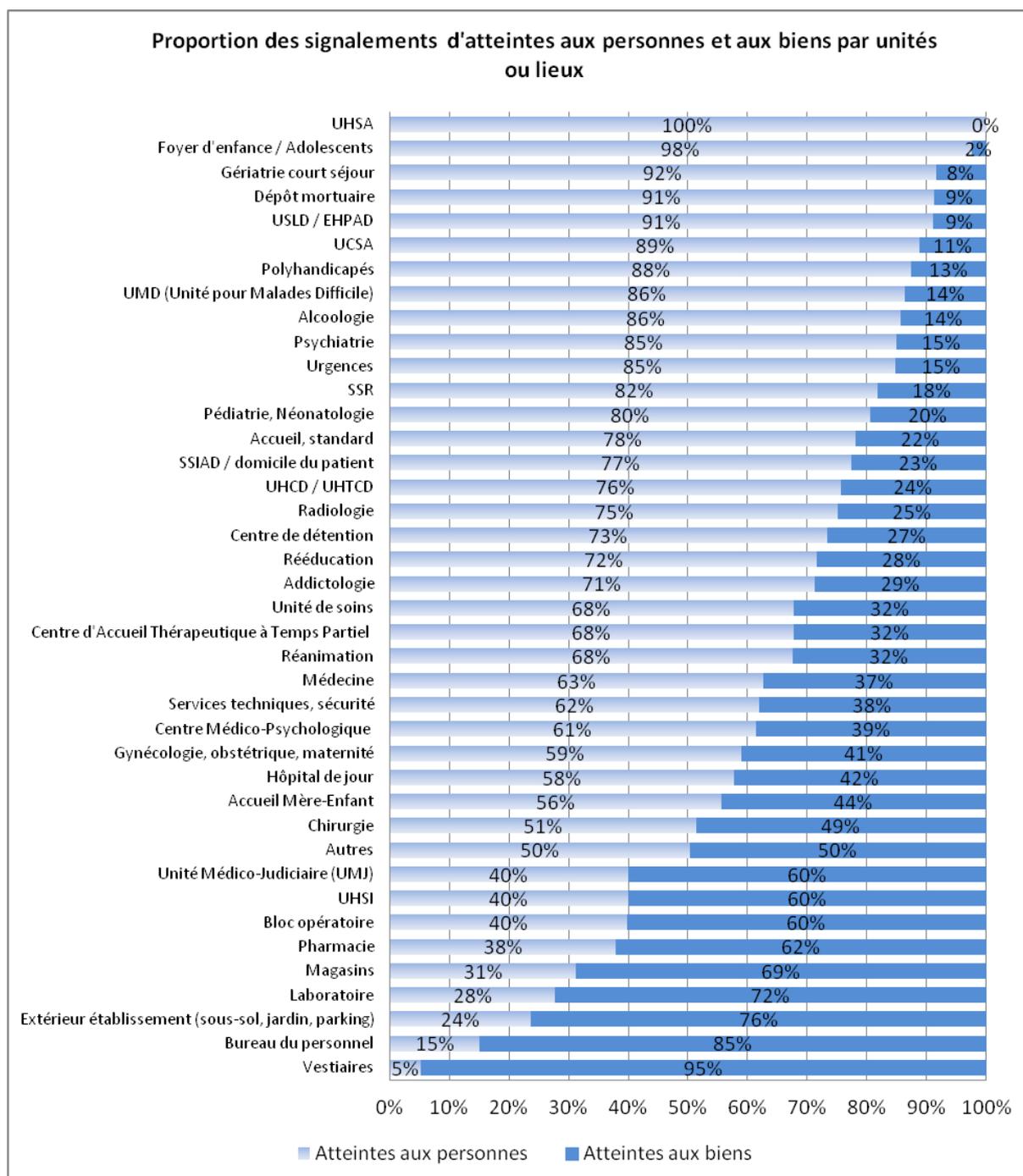
Tableau 3. Répartition des signalements d'atteinte par type de structure

Type de lieu ou de service	Nb faits signalés	Part des déclarations	Att. aux personnes	Atteintes aux biens	Att. aux pers. Nb	Att. aux personnes %	Att. aux biens Nb	Atteintes aux biens %
Vestiaires	135	0,9%	5%	95%	7	0,1%	126	3,1%
Bureau du personnel	85	0,6%	15%	85%	13	0,1%	73	1,8%
Ext. Ets. (ss-sol, jardin, park.)	483	3,3%	24%	76%	116	1,1%	373	9,1%
Laboratoire	56	0,4%	28%	72%	15	0,1%	39	1,0%
Magasins	16	0,1%	31%	69%	5	0,0%	11	0,3%
Pharmacie	30	0,2%	38%	62%	11	0,1%	18	0,4%
Bloc opératoire	110	0,8%	40%	60%	39	0,4%	59	1,4%
UHSI	8	0,1%	40%	60%	4	0,0%	6	0,1%
Unité Médico-Judiciaire (UMJ)	8	0,1%	40%	60%	2	0,0%	3	0,1%
Autres	1220	8,4%	50%	50%	605	5,7%	598	14,6%
Chirurgie	679	4,7%	51%	49%	354	3,3%	335	8,2%
Accueil Mère-Enfant	36	0,2%	56%	44%	20	0,2%	16	0,4%
Hôpital de jour	94	0,6%	58%	42%	60	0,6%	44	1,1%
Gynécologie, obs., maternité	434	3,0%	59%	41%	255	2,4%	178	4,3%
Centre Médico-Psychologique	44	0,3%	61%	39%	27	0,3%	17	0,4%
Services techniques, sécurité	42	0,3%	62%	38%	26	0,2%	16	0,4%
Médecine	1346	9,3%	63%	37%	851	8,0%	508	12,4%
Réanimation	116	0,8%	68%	32%	77	0,7%	37	0,9%
Cen. d'Acc. Théra. à Tps Partiel	24	0,2%	68%	32%	21	0,2%	10	0,2%
Unité de soins	958	6,6%	68%	32%	660	6,2%	314	7,7%
Addictologie	69	0,5%	71%	29%	47	0,4%	19	0,5%
Rééducation	121	0,8%	72%	28%	86	0,8%	34	0,8%
Centre de détention	13	0,1%	73%	27%	11	0,1%	4	0,1%
Radiologie	116	0,8%	75%	25%	88	0,8%	29	0,7%
UHCD / UHTCD	128	0,9%	76%	24%	96	0,9%	31	0,8%
SSIAD / domicile du patient	78	0,5%	77%	23%	58	0,5%	17	0,4%
Accueil, standard	169	1,2%	78%	22%	135	1,3%	38	0,9%
Pédiatrie, Néonatalogie	241	1,7%	80%	20%	194	1,8%	47	1,1%
SSR	553	3,8%	82%	18%	437	4,1%	97	2,4%
Urgences	2171	15,0%	85%	15%	1950	18,3%	349	8,5%
Psychiatrie	3094	21,3%	85%	15%	2746	25,8%	483	11,8%
Alcoologie	7	0,0%	86%	14%	6	0,1%	1	0,0%
Unité pr Malades Difficiles	90	0,6%	86%	14%	82	0,8%	13	0,3%
Polyhandicapés	15	0,1%	88%	13%	14	0,1%	2	0,0%
UCSA	18	0,1%	89%	11%	16	0,2%	2	0,0%
USLD / EHPAD	1329	9,2%	91%	9%	1196	11,2%	116	2,8%
Dépôt mortuaire	24	0,2%	91%	9%	21	0,2%	2	0,0%
Gériatrie court séjour	252	1,7%	92%	8%	217	2,0%	20	0,5%
Foyer d'enfance / Adolescents	43	0,3%	98%	2%	40	0,4%	1	0,0%
UHSA	1	0,0%	100%	0%	1	0,0%		0,0%
Total général	14502	100%	72%	28%	10638	100%	4098	100%

Au sein des établissements, les différents services ne sont pas touchés de la même manière par les atteintes aux personnes ou aux biens. Certains services, en raison de leur patientèle, seront davantage concernés par des violences faites aux personnes (que ce soit à l'égard du personnel soignant ou entre patients) ; c'est le cas pour la psychiatrie, les urgences, la gériatrie, la médecine, les unités de soins, les services de soins de suite et de réadaptation, les services de soins aux patients détenus, les soins au domicile du patient. Des lieux où les tensions liées à des inquiétudes en rapport avec la maladie ou bien à des faits directement liés à une pathologie sont très présents.

D'autres lieux seront plus touchés par une délinquance d'appropriation ou des dégradations (bureaux et vestiaires, parking, laboratoire, pharmacie). Il est précisé qu'il est très difficile d'estimer les violences, essentiellement verbales, supportées par les agents d'accueil des établissements, notamment au niveau de la caisse/admission, en raison d'une sous déclaration très importante dans ce secteur. Pourtant, les échanges effectués à l'occasion des visites techniques permettent de constater qu'elles sont fréquentes.

Graphique 6. Proportion des signalements d'atteintes aux personnes et aux biens par unités ou lieux



Cette autre présentation de la répartition des atteintes aux personnes et aux biens par type de lieu permet de mieux les distinguer. En fonction de la configuration des lieux, du type de patients et des faits recensés, des mesures sont préconisées :

- ou par l'ONVS lors de ces déplacements,
- ou par les services de police et de gendarmerie lors de leur diagnostic de sécurité

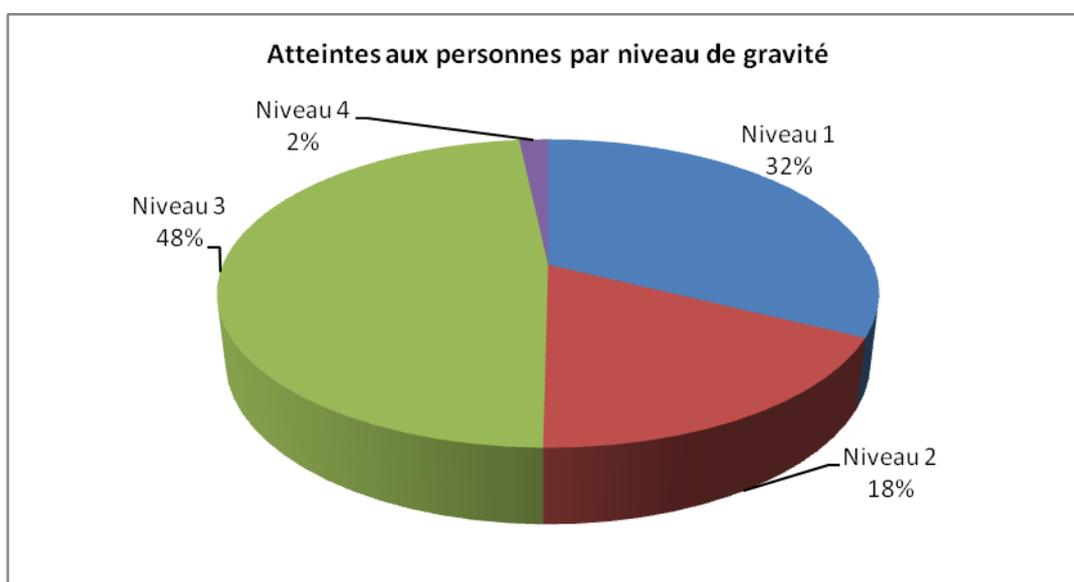
- ou par les établissements lorsque la fonction « sûreté » existe ou à l'initiative des personnels s'emparant de la thématique.

L'ONVS recommande de solliciter un diagnostic de sécurité partagé aux forces de l'ordre dans le cadre de la déclinaison locale des accords santé-sécurité-justice. Celui-ci est gratuit et neutre.

I.4 Les atteintes aux personnes

En 2014, 10 638 signalements d'atteintes aux personnes ont été recensés par l'ONVS.

Graphique 7. Répartition des signalements d'atteintes aux personnes selon leur gravité



Pour 179 signalements il s'agit du niveau 4 de gravité (violences avec arme pouvant aller jusqu'au crime), soit 2% des atteintes aux personnes.

La majorité des atteintes aux personnes sont de niveau 3 (violences physiques) : elles représentent 48% de l'ensemble soit 5 119 signalements. Viennent ensuite les atteintes de niveau 1 (injures, insultes) qui représentent 32% soit 3 452 signalements et celles de niveau 2 (menaces d'atteinte à l'intégrité physique) qui représentent 18% soit 1 888 signalements.

On constate une évolution dans les proportions entre 2013 et 2014. En effet, les faits les plus graves sont en hausse passant de 1 à 2 % pour le niveau 4 et de 45 à 48 % pour le niveau 3. Le niveau 2 est en baisse de 4 % et le niveau 1 reste constant. Il apparaît un transfert du niveau 2 vers les niveaux 3 et 4. Cette évolution est due principalement aux corrections apportées par un agent dorénavant dédié à la gestion de la plateforme ONVS. Il lit, analyse, alerte et effectue les retours nécessaires aux établissements pour toutes les déclarations, et ce de manière exhaustive. Ce travail est effectué en partenariat étroit avec

les établissements. Ainsi, cette analyse permet d'effectuer les corrections et d'améliorer la qualité des signalements en unifiant les déclarations sur le territoire national. L'échelle des niveaux ([ci-dessous](#)) est basée sur le droit pénal aux fins de cohérence du dispositif. Auparavant, une partie des violences volontaires (niveau 3 ou 4) était signalée comme des violences involontaires (niveau 2). Or, s'il peut être estimé que certains actes sont « médicalement involontaires » parce que dus à des pathologies comme la maladie d'Alzheimer ou la schizophrénie, en droit pénal, il s'agit bien de violences volontaires. Ces violences doivent donc être déclarées comme telles. En revanche, il se pose la question de la responsabilité pénale de leurs auteurs et surtout les mesures à envisager pour mieux prévenir les violences. Tel est l'objet de l'évolution de la plateforme début 2015 (rapport annuel 2016) qui permettra de lier un fait à une pathologie (il s'agit de prendre en compte l'appréciation du déclarant et non l'expertise médicale). Grâce à ce travail de fond effectué au quotidien, en lien avec les établissements, les données 2014 présentent une image plus fidèle de la réalité de la répartition des atteintes aux personnes en fonction de la gravité.

Tableau 4. Répartition des signalements d'atteintes aux personnes (sur la base de 10 638 faits)

Niveau	Type d'atteintes aux personnes	Volumes	Fréquence
1	injures, insultes et provocations sans menace	5566	36,7%
3	Violence volontaire	5041	33,2%
2	Menace physique	2307	15,2%
1	Chahut, occupation des locaux	658	4,3%
2	Menaces de mort	623	4,1%
2	Violence involontaire	372	2,5%
4	Violence avec arme	159	1,0%
3	Menace avec arme	152	1,0%
1	Drogue / alcool	128	0,8%
3	Agression sexuelle	73	0,5%
2	Port d'arme	40	0,3%
1	Exhibition sexuelle	32	0,2%
4	Viol	10	0,1%
4	Autre fait qualifié de crime	6	0,04%
4	Séquestration	5	0,03%
4	Prise d'otage	1	0,01%
	total	15173*	100%

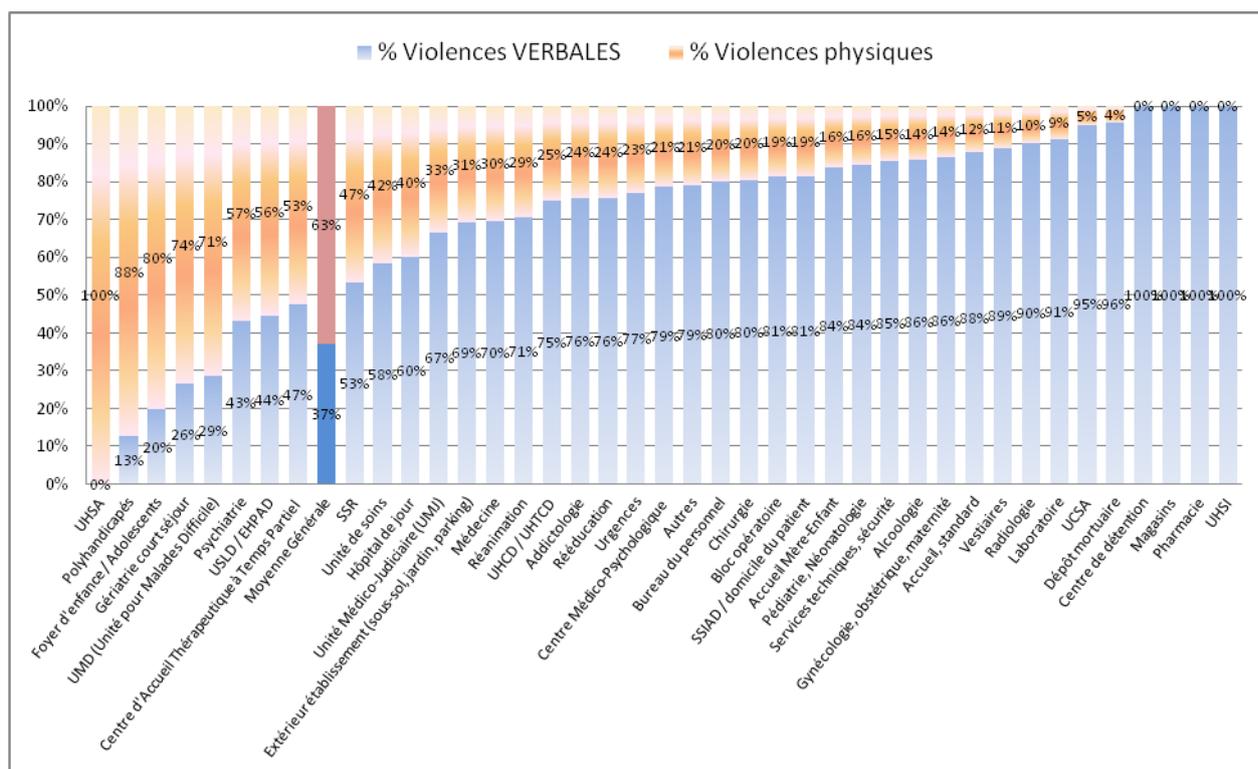
*total supérieur car plusieurs réponses possibles

Tableau 5. Typologie des signalements d'atteintes aux personnes (un fait déclaré peut comporter plusieurs atteintes qui, ici, sont comptabilisées)

Niveau de gravité	Atteintes aux personnes 2014	% de signalements
Niveau 1		42,1%
	injures, insultes et provocations sans menace	36,7%
	Chahut, occupation des locaux	4,3%
	Drogue / alcool	0,8%
	Exhibition sexuelle	0,2%
Niveau 2		
	Menace physique	15,2%
	Menaces de mort	4,1%
	Violence involontaire	2,5%
	Port d'arme	0,3%
Niveau 3		
	Violence volontaire	33,1%
	Menace avec arme	1,0%
	Agression sexuelle	0,5%
Niveau 4		1,2%
	Violence avec arme	1,0%
	Viol	0,07%
	Autre fait qualifié de crime	0,04%
	Séquestration	0,03%
	Prise d'otage	0,01%

Les violences volontaires sont très souvent accompagnées d'injures et de menaces ce qui explique la forte proportion des faits de niveau 1 dans ce tableau. Comme indiqué dans le graphique n°7, les atteintes de niveau 3, pour le fait principal, restent majoritaires dans les déclarations.

Graphique 8. Répartition des signalements de violences selon les services



Les atteintes aux personnes déclarées en 2014 se répartissent à raison d'environ 1/3 d'agressions physiques (37 %) et d'environ 2/3 d'agressions verbales (63%).

Si l'on distingue selon les lieux où les événements se sont produits, cette répartition se révèle plus nuancée. Certains services sont le lieu d'expression principal des violences verbales avec une escalade pouvant déboucher sur des coups. Ces situations se retrouvent notamment dans les services où l'attente du patient est forte, chargée en émotion et en angoisse (pédiatrie, urgences) ou lorsque le patient estime que la prise en charge ne correspond pas à ses besoins. Les conditions d'accueil (services ponctuellement surchargés, longueur de l'attente, manque de personnel, communication insuffisante) peuvent constituer des facteurs de tensions supplémentaires. Dans certains cas, on constate que l'agressivité et la violence sont les seuls modes d'expression connus par les protagonistes. La consommation d'alcool et de produits stupéfiants facilite le passage à l'acte.

Dans d'autres services, les déclarations font état d'une proportion équivalente de violences verbales et de violences physiques. Liées souvent à la pathologie des patients, elles concernent principalement les unités de gériatrie et de psychiatrie. A l'heure actuelle, environ 76% des patients de psychiatrie sont suivis en ambulatoire². Parallèlement les établissements accueillent un nombre croissant de personnes hospitalisées sans leur consentement, principalement des malades en crise. Si la majorité de ces malades ne sont pas dangereux, certains présentent un risque accru de violence. Les addictions à l'alcool et la toxicomanie majorent ce risque. Dans ce contexte les établissements de santé mentale sont confrontés à des

² Panorama des établissements de santé Edition 2014 DREE

violences spécifiques.

Si l'on observe les unités dont la proportion de violences physiques est supérieure à la moyenne : en gériatrie court séjour, la pathologie des patients est majoritairement à l'origine des violences commises. De même en unité pour malades difficiles (UMD), ces unités particulièrement adaptées au traitement des malades difficiles déclarent une forte proportion de violences physiques.

Les pharmacies d'établissement ont signalé 30 faits pour l'année 2014. Pour 11 cas il s'agit d'atteintes aux personnes (injures et menaces). Pour 18 cas il s'agit d'atteintes aux biens de niveau 1 ou 2, soit des vols (parfois de médicaments) ou des dégradations.

Par ailleurs, il faut noter que tous services et activités confondus, l'utilisation d'armes est exceptionnelle. En 2014, sur les 10 638 faits d'atteintes aux personnes, la présence d'une arme par nature ou par destination a été notée dans 283 signalements, dont 3 armes à feu. L'auteur a fait usage de cette arme dans 21 cas. Il s'agissait alors d'une arme à feu (1), d'une arme blanche (12), d'une bombe lacrymogène (1) et dans les autres situations, un objet utilisé comme arme (pied à perfusion, plateau-repas, massue en bois, ciseaux, chaise, pistolet à bille...). Ces incidents ont donné lieu à 10 dépôts de plainte.

Concernant les infractions à caractère sexuel, la proportion se révèle assez réduite avec 109 faits³. En revanche, ces faits sont souvent particulièrement graves. Ils concernent souvent des agressions entre patients (dans les deux tiers des cas). 22 plaintes ont été déclarées à la suite de ces violences.

I.5 Les atteintes aux biens

En 2014, 4 098 signalements d'atteintes aux biens ont été déclarés sur le site de l'ONVS.

Contrairement aux atteintes aux personnes, le niveau 1 (dégradations légères, vols sans effraction) domine largement dans la répartition de la gravité avec 3 655 signalements représentant 89% de l'ensemble. Le niveau 2 (vols avec effraction) avec 283 signalements représente 7% des faits, et le niveau 3 (dégradation de matériel de valeur, incendie, vols à main armée ou en réunion) 4 % avec 160 signalements.

³ 30 exhibitions sexuelles, 70 agressions sexuelles et 9 viols

Graphique 9. Répartition des signalements d'atteintes aux biens selon la gravité

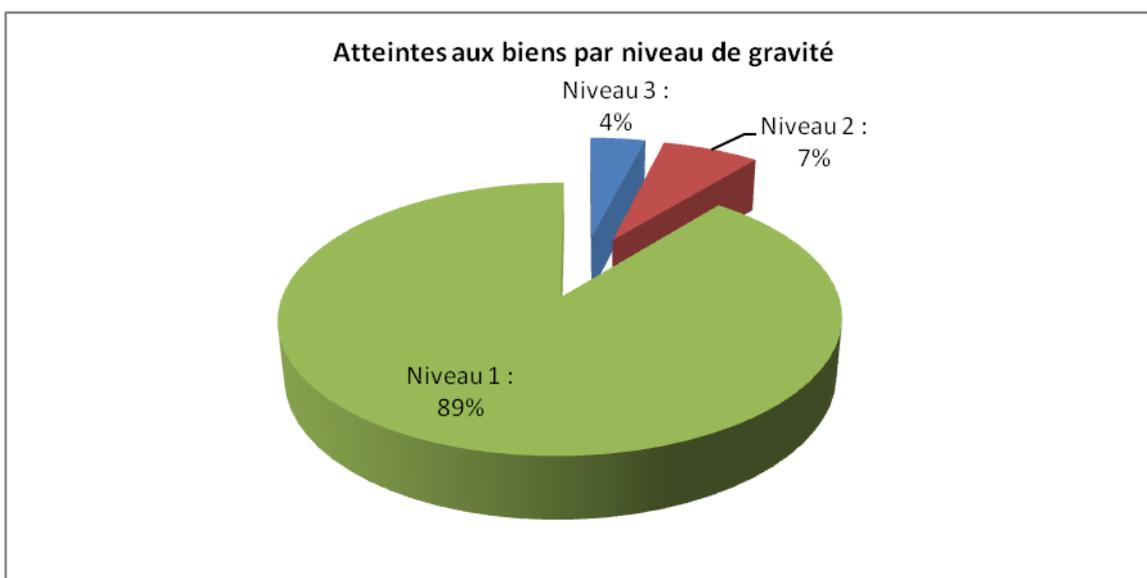


Tableau 6. Typologie des signalements d'atteintes aux biens

Niveau de gravité	Atteintes aux biens 2014	% de signalements
Niveau 1		89,7%
1	Vol sans effraction	54,1%
1	Dégradation légère	17,4%
1	Dégradations de locaux	11,7%
1	Dégradation de véhicule	5,7%
1	Tags, graffitis	0,7%
Niveau 2		6,5%
2	Vol avec effraction	6,5%
Niveau 3		3,7%
3	Dégradations de matériel de valeur	2,7%
3	Incendie volontaire	0,8%
3	Vol à main armée	0,2%

Les vols sans effraction et les dégradations légères sont les plus constatés (71,5%).

La majorité des vols commis sans effraction affectent le personnel et se produit souvent par défaut de vigilance collective dans les bureaux, les vestiaires ou les véhicules.

Tableau 7. Répartition des signalements d'atteintes aux biens (sur la base de 4 098 faits)

Atteintes aux biens 2014	Fréquence
Vol sans effraction	54,1%
Dégradation légère	17,4%
Dégradations de locaux	11,7%
Vol avec effraction	6,5%
Dégradation de véhicule	5,7%
Dégradations de matériel de valeur	2,7%
Incendie volontaire	0,8%
Tags, graffitis	0,7%
Vol à main armée	0,2%

Pour 25% des événements signalés (soit 1 036), l'établissement est la principale victime. En ce qui concerne les dégradations, on constate qu'elles sont souvent le fait de patients et d'accompagnants énervés ou agressifs qui brisent des portes, des vitres, ou cassent des équipements. Les établissements victimes ont déposé 449 plaintes et 21 mains courantes. Pour 1 384 atteintes aux biens (34%) la victime est un personnel pour ses biens propres.

FOCUS sur les services de psychiatrie⁴

La psychiatrie recense à elle seule 26% des atteintes aux personnes. 57% sont des violences physiques au cours desquelles le personnel hospitalier est victime dans plus de 8 cas sur 10. Il s'agit d'un secteur où le personnel est particulièrement exposé aux agressions physiques, aux menaces et aux abus verbaux. Le plus souvent les atteintes sont liées à la pathologie des patients.

« récurrence d'agressions (griffures au sang) sur les soignants par une patiente au moment de la toilette. »

« Lors d'une tentative de fugue un soignant s'est interposé et a reçu un coup de pied de la part d'un adolescent violent »

« Lors d'une séance de thérapie individuelle, l'enfant âgé de 4 ans était agité et a commencé à jeter des objets. En m'approchant pour essayer de l'apaiser tout en m'adressant à lui, il m'a projeté au visage (au niveau de la bouche) des cubes gigognes. J'ai pu constater un hématome sur la lèvre et un saignement de la gencive. »

⁴ La psychiatrie a des caractéristiques spécifiques par rapport aux autres disciplines médicales : faible place des actes techniques, nombreuses structures extrahospitalières, prises en charge récurrentes et diversifiées. La majeure partie des patients des services de psychiatrie des établissements de santé sont pris en charge en ambulatoire. Les autres prises en charge, dites à temps partiel et à temps complet reposent essentiellement sur les 58000 lits d'hospitalisation à temps plein (18,8 millions de journées en 2012), les 29000 places d'accueil en hôpital de jour ou de nuit (5,1 millions de journées en 2012) et les 1900 centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (1,9 millions de venues en 2012). *Panorama des établissements de santé Edition 2014 DREES*

Il apparaît clairement, au regard des signalements recueillis et des visites effectuées, que le seuil de tolérance est différent selon les individus, l'ancienneté dans le service, les équipes, les établissements ou les régions.

Dans ce secteur, les équipes soignantes sont confrontées à de très fréquents moments de violence. Agressions verbales ou physiques, elles ne sont pas toujours prévisibles et les remontées assez importantes dans cette activité montrent un personnel conscient de la particularité de cette matière, mais également de leur exposition et de leur vulnérabilité.

« Alors que la personne soignante disait au bonjour, un patient s'est approché d'elle et l'a giflé violemment, pour la 3ème fois en quelques semaines. »

« La femme de ménage de l'Hôpital de Jour a été agressée verbalement et insultée pendant qu'elle nettoyait la porte vitrée. La personne se trouvait à l'extérieur et insultant l'agent à travers la porte. »

Les dispositifs d'alerte mis en place dans ces structures apparaissent indispensables en raison de la fréquence des violences. A disposition de tous, ils sont toujours utilisés. Ils rassurent les personnels, mais leur présence rappelle également le passage à l'acte violent, soudain, auquel ils sont confrontés. L'expérience des soignants semble permettre une prise en charge des patients plus apaisée. Il n'est pas rare que deux ans soient nécessaires pour qu'un personnel puisse acquérir l'expérience suffisante d'une pleine autonomie. Les établissements construits aux nouvelles normes haute qualité environnementale, parce qu'ils sont particulièrement insonorisés et isolés, nécessitent des procédures d'alerte spécifiques. En effet l'insonorisation empêche la plupart des alertes directes et l'isolation neutralise les dispositifs électroniques d'alerte sans fil.

« Lors de la mise en contention d'une patiente après l'avoir accompagnée aux toilettes, s'agite et refuse la contention. 2 soignants présents à ce moment, patiente coince un soignant derrière la porte de la salle de bain en l'ouvrant brusquement et volontairement. Essaie ensuite de mordre les soignants et réussit à griffer une soignante. Renfort ensuite de 2 autres soignants permettant la mise en contentions de la patiente. »

« Un patient en crise d'angoisse serre les poignets d'une aide-soignante en disant que celle-ci veut la tuer, agent seule dans le pavillon, appelle les renforts. »

« Une infirmière s'est fait agresser (poussée et poignets tordus) en voulant s'interposer pour protéger une collègue. Lors de l'arrivée des renforts hommes, le patient s'est exécuté tout en continuant à insulter et à proférer des menaces sur l'ensemble du personnel. »

« J'ai aperçu une patiente subtilisant un couteau. Je me suis alors précipitée pour récupérer le couteau, ainsi que mes collègues. C'est en voulant le récupérer que j'ai reçu un coup au niveau du poignet gauche. »

« Patiente qui a menacé avec un couteau le Docteur du CMP secteur (...), insulte le personnel. Intervention de la BAC puis emmenée par les pompiers. »

En 2014, 3 094 évènements ont été déclarés en psychiatrie pour 2 783 atteintes aux personnes et 483 faits d'atteintes aux biens ; 172 faits regroupant cumulativement les deux atteintes (par exemple un coup porté à un personnel suivi d'une dégradation de mobilier).

« Un patient démarre des revendications à 15h. Présence et écoute permanente de l'équipe, prise en charge adaptée depuis 48H. Injures et insultes envers le personnel. Menaces envers les patients. Coups et dégradation de matériel. Coups envers le personnel pendant l'accompagnement en chambre. »

En outre, les soignants déclarent la fin de journée et les repas collectifs comme des moments plus propices aux violences. En effet, l'accumulation de frustrations sur la journée peut conduire certains patients à des passages à l'acte au moment où, parfois, le personnel est en effectif réduit. De même, les repas collectifs, rapprochant des patients ayant des pathologies parfois différentes, sont des moments propices aux violences.

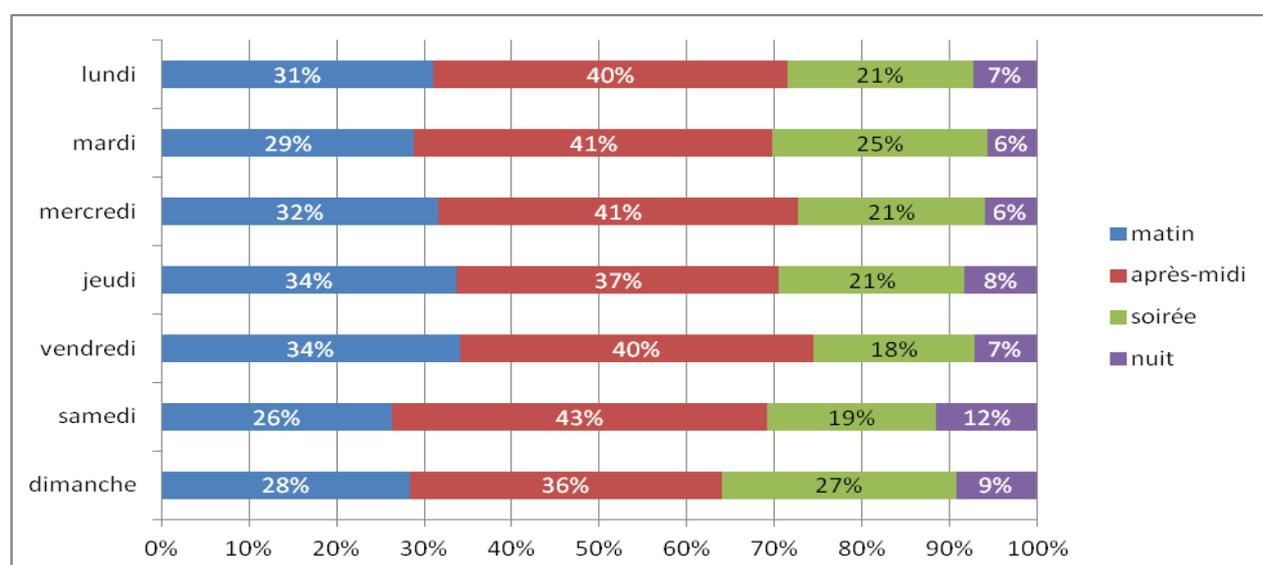
Cette analyse semble confirmée par les statistiques même si la diversité des situations rencontrées dans les établissements rend toujours la réalité plus complexe.

« enfant agité pendant le repas, doit être isolé, insultes et tente de mordre les soignants. »

« A la fin du repas du soir, le patient jette violemment une chaise en direction des autres patients et soignants. Quelques minutes plus tard, il réitère cette action en direction d'un patient. »

« A la fin du repas, pour raison indéterminée xx, s'est rué sur xx et lui a mordu l'avant-bras droit, lui infligeant une blessure superficielle. Le patient a été conduit dans sa chambre. Il a été vu par le médecin ce jour. La victime a été rassurée puis les soins ont été effectués : antalgique, glace, désinfection et pansement. »

Graphique 10. Répartition des signalements de violences selon le moment de la journée



FOCUS sur les services de gériatrie – USLD/EHPAD

Les unités de soins de longue durée, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes sont des services qui font remonter un nombre de signalements important (1 329 en 2014). Ces signalements concernent majoritairement des atteintes aux personnes (93 %). Pour 44%, il s'agit de violences verbales et 56% des violences physiques. Ces violences le plus souvent dues à la pathologie des patients s'exercent sur les soignants. Dans 23% des cas, ces violences s'exercent sur les autres patients.

« Une résidente est entrée dans la chambre d'une autre résidente, cette dernière lui a tapé dessus à coups de poing et pieds pour la faire sortir. »

« Au début du repas, le résident refuse de prendre son traitement et donne une claque sur la joue de l'IDE. »

« Le résident est très agressif. Il est retrouvé dans la chambre d'autres résidents. Il veut mettre la chemise de nuit d'une autre résidente. Les soignants interviennent. Le résident retire sa protection et propage ses selles sur le mobilier. Il insulte les soignants et tente de leur mettre sa protection au visage. »

« Un résident donne un coup de canne dans le ventre à une autre résidente désorientée. »

« Une personne âgée était couchée sur le sol, mes collègues et moi même l'avons remis debout pour m'asseoir et à ce moment là il est devenu agressif et il m'a tordu le poignet droit. »

FOCUS sur le service des urgences⁵

Les services des urgences sont, par définition, un lieu de passage, d'accueil permanent et ouvert à toutes les souffrances, crises, stress et frustrations. Il est logique qu'un nombre important de déclarations émanent de ces services.⁶

Les manifestations de violence y sont de nature et de gravité différentes ; les agressions verbales y sont quotidiennes (61% d'injures et de menaces), et les agressions physiques y sont nombreuses (39%)

« Patient non coopérant dès son arrivée , alcoolisé et agressif, de plus manque de personnel ,Insulte le personnel et les patients. Mise en danger. »

« Patient agressif. Est parti en emmenant avec lui le fauteuil roulant des urgences. »

« un patient alcoolisé très excité a violemment pris à partie le personnel des urgences et notamment un médecin et un agent de sécurité en les insultant et les menaçant de mort. »

⁵ En 2012, les 735 structures des urgences ont accueilli 18,7 millions de passages, soit une hausse par rapport à 2011. Sur une plus longue période, le nombre annuel de passages est en hausse significative. *Panorama des établissements de santé Edition 2014 DREES*

⁶ 2 171 signalements en 2014 dont 1 960 atteintes aux personnes. Sur ces dernières 613 déclarations sont de niveau 3 et 28 de niveau 4.

« Patiente très agitée qui se débat, essaie de mordre le personnel soignant avant d'être contentonnée avec l'aide des agents de sécurité. Aucune conséquence corporelle pour le personnel soignant, aucun dépôt de plainte envisagé. »

« Lorsque l'IDE a voulu faire le prélèvement sanguin de la patiente, celle-ci a attrapé l'aiguille qui était dans sa veine, et a voulu la lui planter au visage. »

A la différence du secteur psychiatrique confronté aux problèmes de violence principalement en journée, les urgences sont affectées de jour comme de nuit.

Le personnel hospitalier en est la principale victime, mais l'agression n'est pas toujours le fait du seul patient. Interfèrent également accompagnateurs et intrus, étrangers à la demande de soins.

« Au moment des faits, deux patients avaient été admis en soins suite à une rixe à la sortie d'un établissement de nuit. Quatre personnes se présentent pour la prise en charge d'un blessé, également à la suite de cette rixe. Ces derniers sont rejoints par quatre autres individus impliqués également. Une violente altercation se produit entre ces personnes. »

« Fugue d'une patiente avec un "complice" armé d'une arme blanche avec laquelle il a coupé les liens de contention et menacé 2 IDE »

« Agression verbale et physique du fils d'un patient hospitalisé aux URG à l'égard d'une IDE des urgences en raison d'un délai d'attente de 15 minutes (temps nécessaire à l'arrivée des ambulanciers en charge de la mutation du patient dans un autre établissement)et d'une incompréhension (motif mutation). Propos utilisés " incapable de soigner, être nulle, être un hôpital de merde " L'agresseur a voulu porter un coup de poing à l'IDE. Il a été arrêté à temps par l'ambulancier. »

« Un patient admis aux urgences, suite à une agression, a été à nouveau agressé en salle d'attente des urgences par 4 personnes venant de l'extérieur de l'établissement.. »

« Accompagnant d'un jeune patient agressif, énervé et violent nécessitant l'intervention de la police »

Les raisons conduisant à ces violences sont dans tous les cas similaires : attentes, incompréhension sur les priorités (gravité des cas et non pas ordre d'arrivée des patients), inquiétudes sans réponse de la part des personnels, prise en charge des populations à risque (éthylisme, toxicomanie, psychiatrie...), conception architecturale inadaptée, installations défectueuses (distributeurs en panne, toilettes hors service), organisation perfectible.

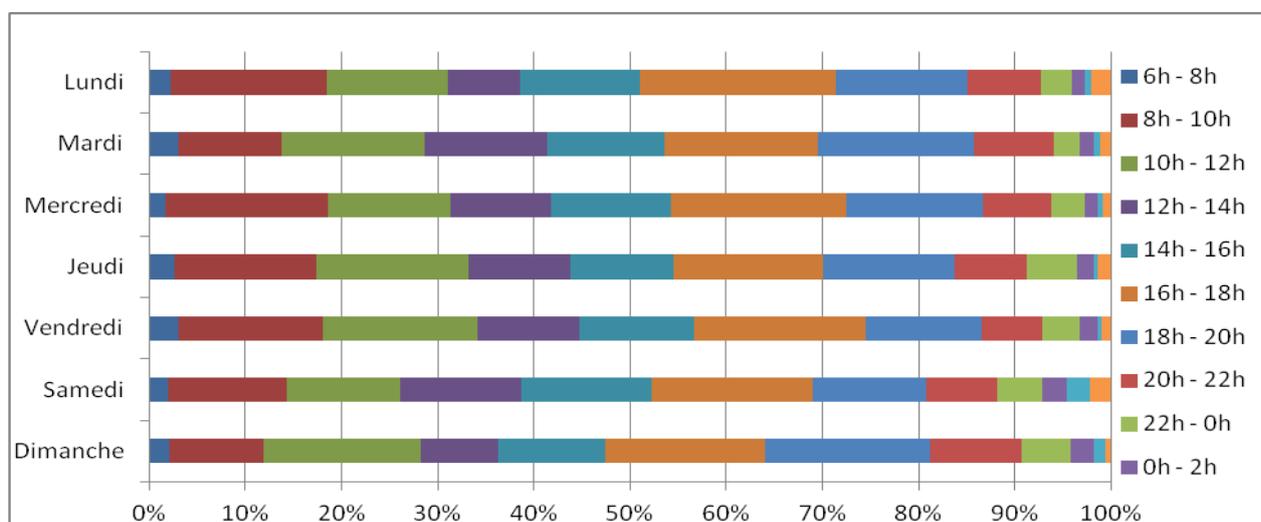
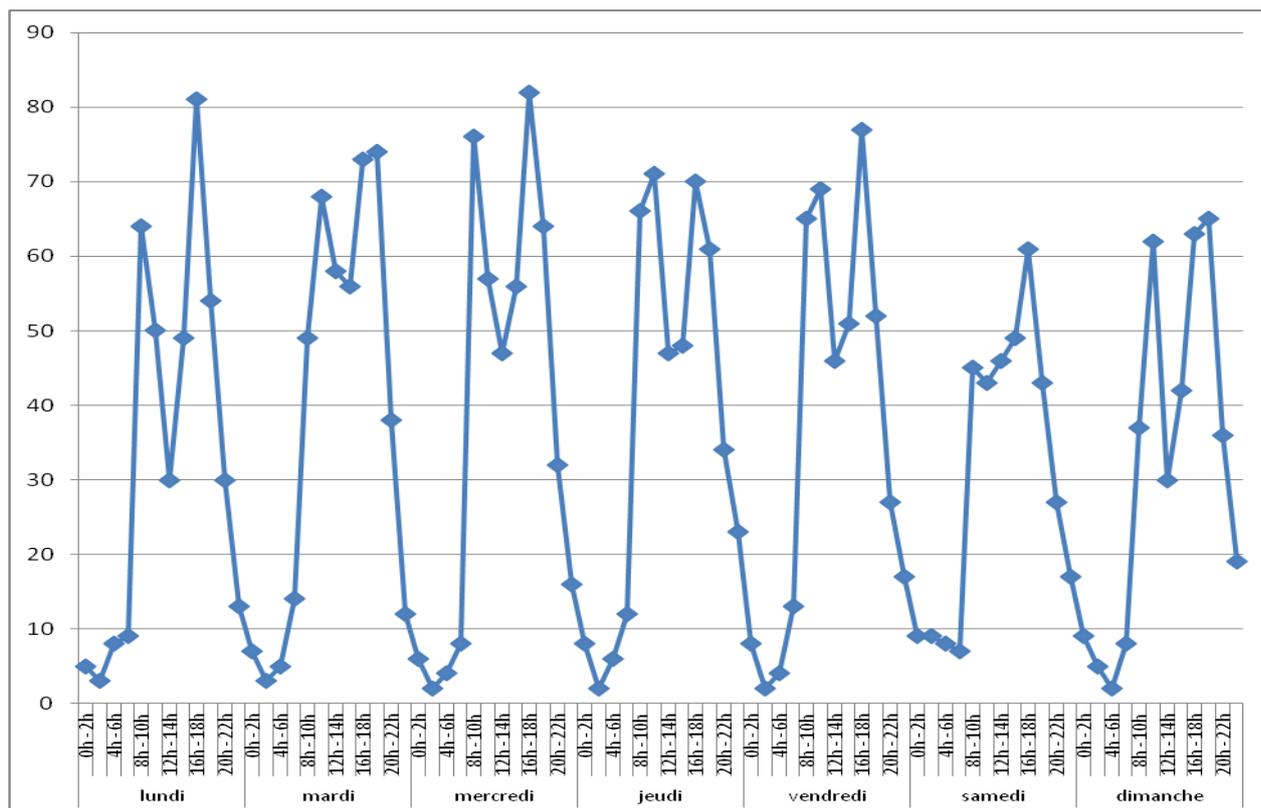
« patient agressif, alcoolisé, violent, nous insulte, crache, injure raciste envers le médecin »

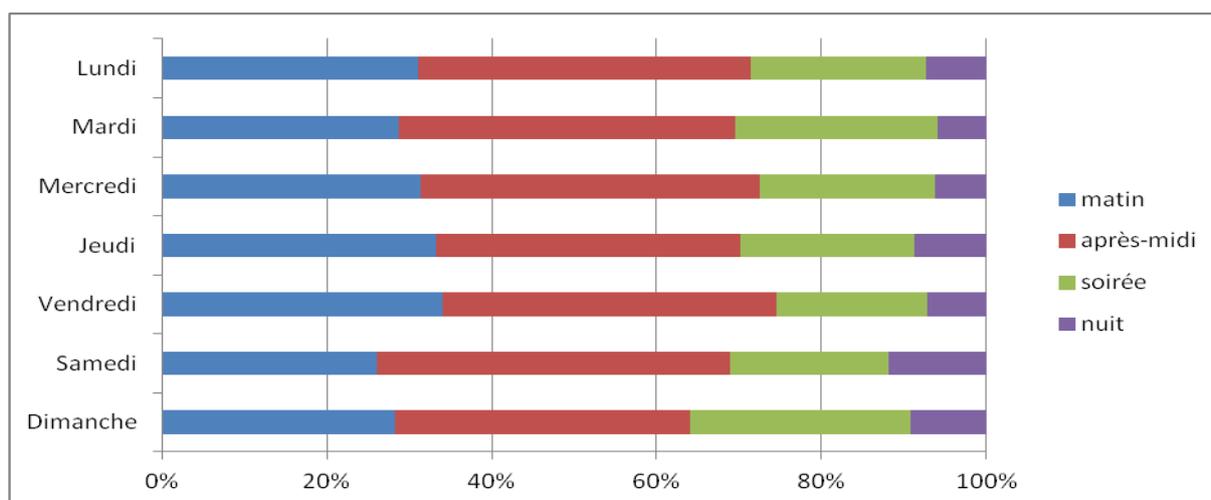
« Appel des Urgences, pour une patiente très agressive sous l'état d'alcoolémie. Patiente agressive envers le personnel soignant et les agents de sécurité incendie. Un agent de sécurité

incendie a reçu un coup de pied et des menaces de la patiente. »

« Un adolescent de 15 ans est arrivé aux Urgences, amené par les pompiers. Il était alcoolisé. Le père a demandé une recherche de stupéfiant dans les urines. Au moment de poser le pénilex, il a commencé à se débattre, à donner des coups de pied, coup de poing dans le visage de l'aide-soignante. »

Graphiques 16. Répartition des violences aux urgences par journée de semaine et par période.





Il apparaît que deux périodes ressortent en pic de violences en termes de volume, la fin de matinée et le milieu d'après-midi. Ces pics correspondent à des périodes de forte activité pour les urgences. Les nuits de vendredi à samedi et de samedi à dimanche, si elles ne représentent pas un volume particulier de déclarations, représentent un facteur de risque plus important pour les soignants. En effet, ces nuits, il apparaît clairement une surreprésentation des patients sous l'emprise de l'alcool et de drogues qui sont des facteurs importants de passage à l'acte violent. Ces risques particuliers caractéristiques sont bien connus des soignants. Des mesures particulières sont souvent prises, comme le renforcement des équipes, le recrutement de médiateurs, d'agents de sécurité ou de maîtres-chiens.

Les violences aux urgences sont particulièrement mal vécues par les soignants même si la proportion de violences physiques (23%) est faible par rapport à d'autres secteurs. Aux urgences, les violences sont peu liées à la pathologie du patient. Elles sont souvent importées ou la conséquence de facteurs multiples dont sont la cible les personnels présents.

« un patient mineur en état d'ébriété avancé a insulté et frappé au visage l'interne qui le prenait en charge »

« une patiente sous l'emprise d'un état alcoolique agresse physiquement (coup de pied au visage et poignet) une aide-soignante du service. »

« Monsieur X patient amené par les pompiers a agressé verbalement, menacé l'équipe en poste, insultes et tentatives de mettre des coups de pieds au visage. Nous a craché dessus. A aussi cassé les prises murales présentes dans le box 8 (manomètre, prise O2, prise Air et sonnette) après prescription médicale nous avons dû intervenir en nombre afin de le contenir. Appel à la sécurité qui est intervenu rapidement. »

Pourtant, il faut noter que les remarques désobligeantes, les insultes voire les agressions influent sur la qualité des soins. Une équipe de chercheurs américains et israéliens a publié en août 2015 dans la revue *Pediatrics* une étude qui conclut que ce type de comportement n'est pas sans conséquence sur la qualité des soins. Les auteurs expliquent que leur "objectif était d'explorer l'impact des comportements grossiers sur la performance des équipes médicales". Les résultats montrent que le temps nécessaire à l'établissement du

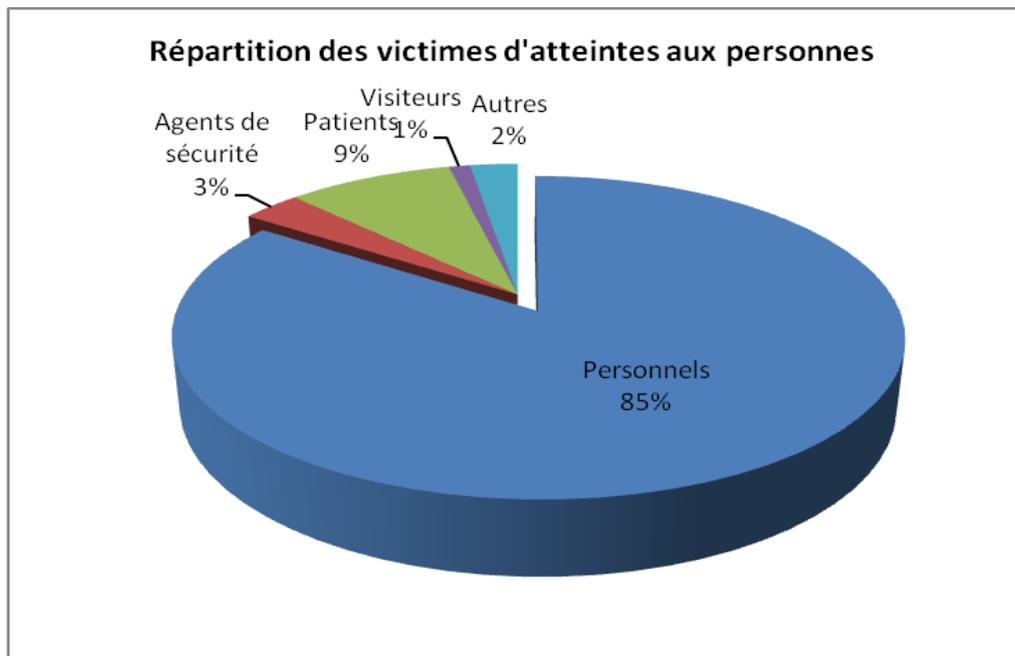
diagnostic et la rapidité de mise en place du traitement approprié ont été particulièrement affectés par les remarques désobligeantes.

II. ANALYSE DES VIOLENCES ENVERS LES PERSONNES

II.1 Typologie des victimes

En 2014, 18 143 victimes d'atteintes aux personnes et aux biens (50 par jour) ont été recensées par l'ONVS (dont 15 747 pour les seules atteintes aux personnes).

Graphique 11. Répartition des victimes d'atteintes aux personnes

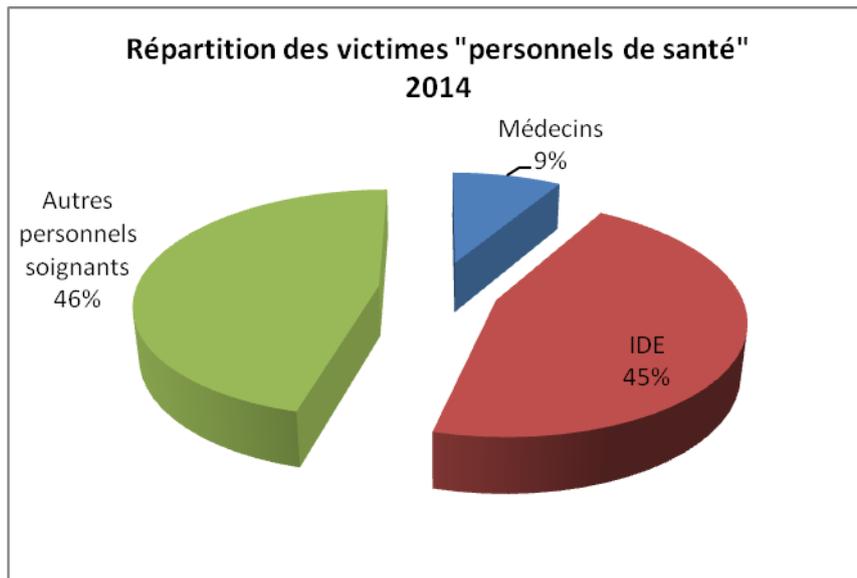


85% des victimes d'atteintes aux personnes sont les personnels des établissements. On constate donc que le personnel est majoritairement impacté puisqu'il est concerné dans plus de 8 cas sur 10. Les patients constituent la deuxième catégorie de personnes la plus touchée, avec cependant un nombre beaucoup plus faible de victimes (9%). Le personnel de sécurité n'apparaît que pour 3% des cas.

Le personnel de santé représente 94% de la catégorie « personnel victime », réparti entre les médecins (9%), les infirmiers (45%) et les autres personnels soignants (46%). Les catégories professionnelles touchées sont, par ordre décroissant, les autres personnels soignants (5 755), les infirmiers (5 703) et les médecins (1 075).

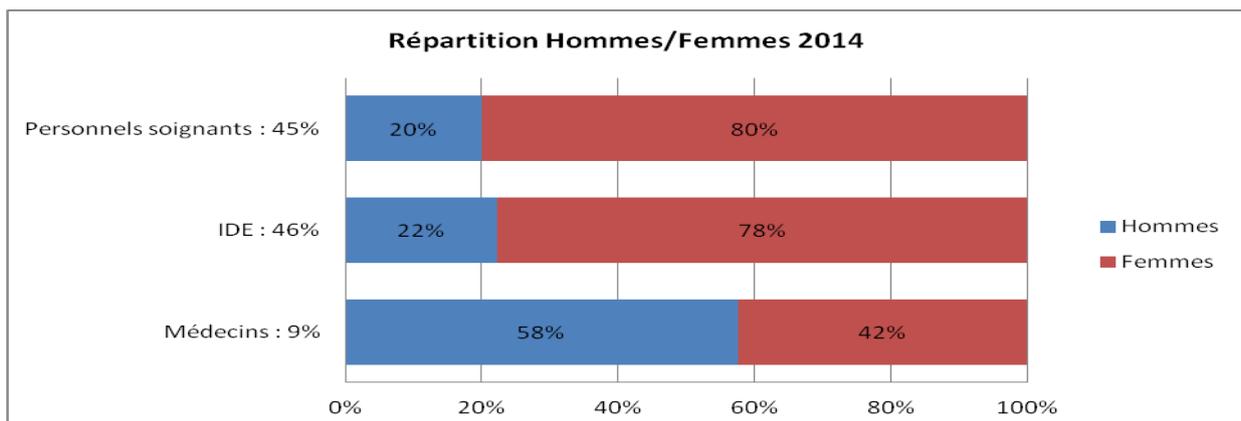
La part du personnel « administratif » qui représente 6% (775) est constituée majoritairement de personnels affectés à l'accueil.

Graphique 12. Répartition des victimes « personnels de santé »



La présentation en fonction du sexe montre le pourcentage élevé de femmes victimes dans les deux catégories infirmières et autres personnels soignants. Cependant, les dernières statistiques hospitalières disponibles montrent un taux de féminisation de 51% pour les médecins, de 87% pour les infirmières et de 91%⁷ pour les aides-soignants. Les aides-soignants représentent l'immense majorité des déclarants de violences de la catégorie autres personnels soignants. Ainsi, nous nous apercevons qu'à l'hôpital, proportionnellement, les femmes déclarent moins de faits violents que les hommes. En revanche, en valeur, les femmes sont davantage victimes de faits violents que les hommes.

Graphique 13. présentation des victimes « personnel de santé » selon le sexe



Toutes victimes confondues, les atteintes aux personnes ont généré en 2014, 3 465 jours d'arrêt de travail - pour 228 faits (sur 1 316 faits mentionnant les arrêts de travail) - et 745

⁷ Source DREES

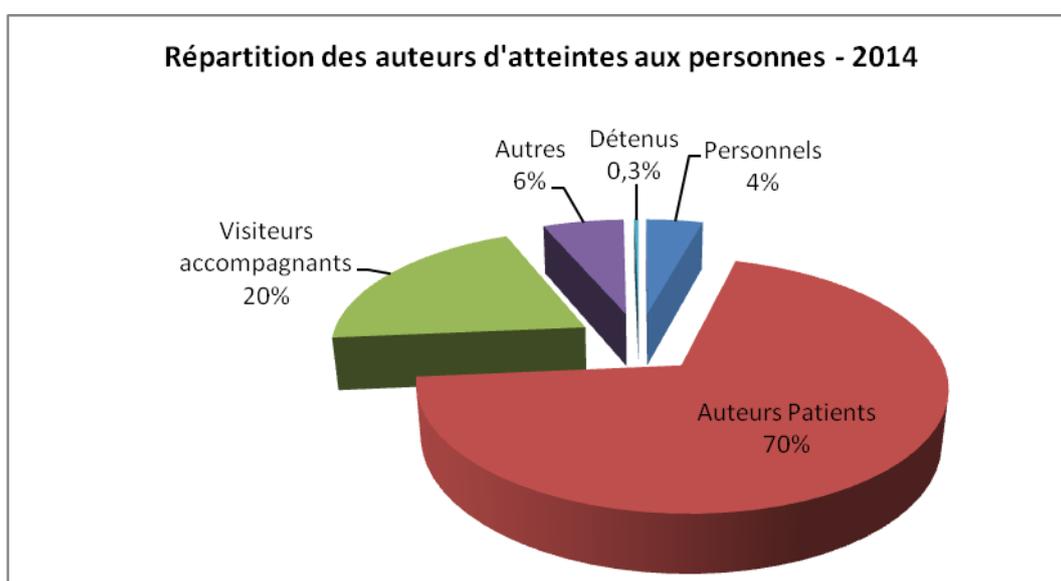
jours d'incapacité totale de travail (ITT)⁸ - pour 75 faits (sur 838 faits mentionnant l'ITT). Le bilan social des établissements publics de santé 2012 (janvier 2014) mentionne qu'environ 25% des établissements, objets de l'étude, ont déclaré que le contact avec un malade agité était l'une des trois principales causes d'arrêt de travail.

II.2 Typologie des auteurs

En 2014, l'ONVS a comptabilisé 11 835 auteurs de violences aux personnes.

Dans 9 cas sur 10, les auteurs des violences étaient des patients (8 205) ou des visiteurs et accompagnants (2 372).

Graphique 14. Répartition des auteurs d'atteintes aux personnes



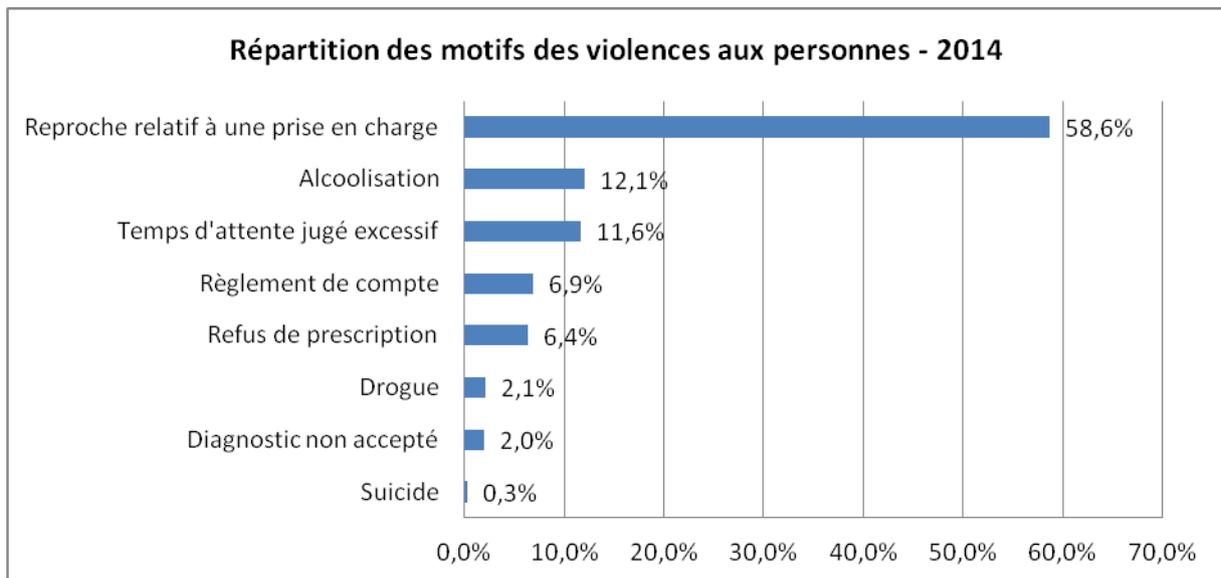
II.3 Les motifs des violences

Cette information est renseignée dans 42% des cas. Sur ces faits, dans près de 6 cas sur 10 (soit 2 640 signalements), il est fait état d'un reproche relatif à la prise en charge du patient.

Dans plus d'un cas sur 10 (544 faits), le motif évoqué est l'alcoolisation et dans des proportions similaires (522 faits), le temps d'attente jugé excessif est la cause des violences. Dans près de 7% des cas, le motif est un règlement de compte (310 faits) ou le refus de prescription (289 faits).

⁸ La notion juridique d'incapacité totale de travail est utilisée pour évaluer un préjudice. Elle correspond à la période pendant laquelle la victime est dans l'incapacité d'effectuer les actes de la vie courante.

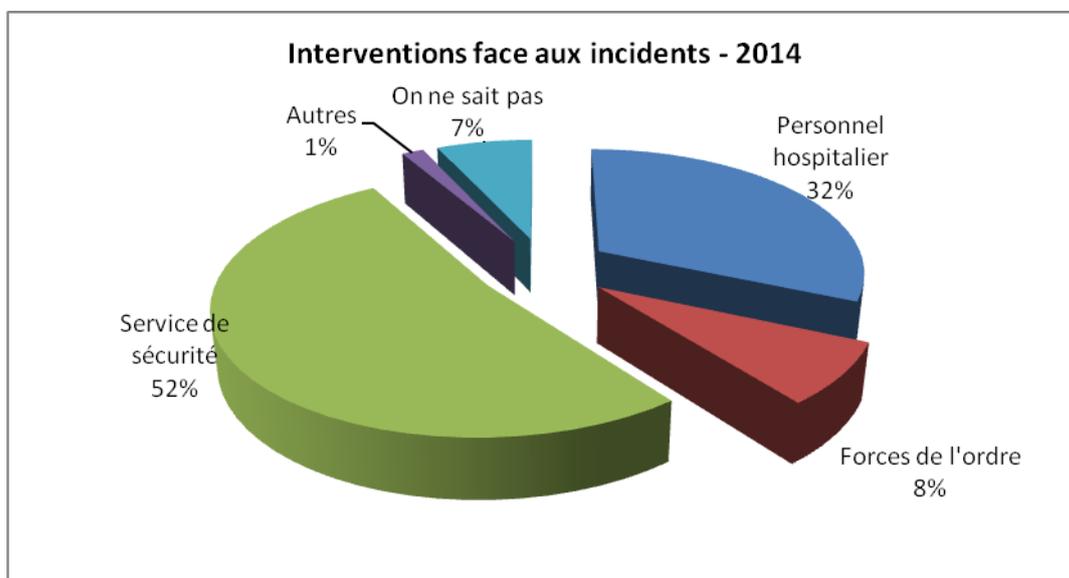
Graphique 15. Répartition des motifs des violences aux personnes



II.4 La gestion des évènements de violence

69 % des évènements de violence signalés en 2014 ont donné lieu à une intervention du personnel ou d'intervenants extérieurs.

Graphique 17. Répartition des interventions

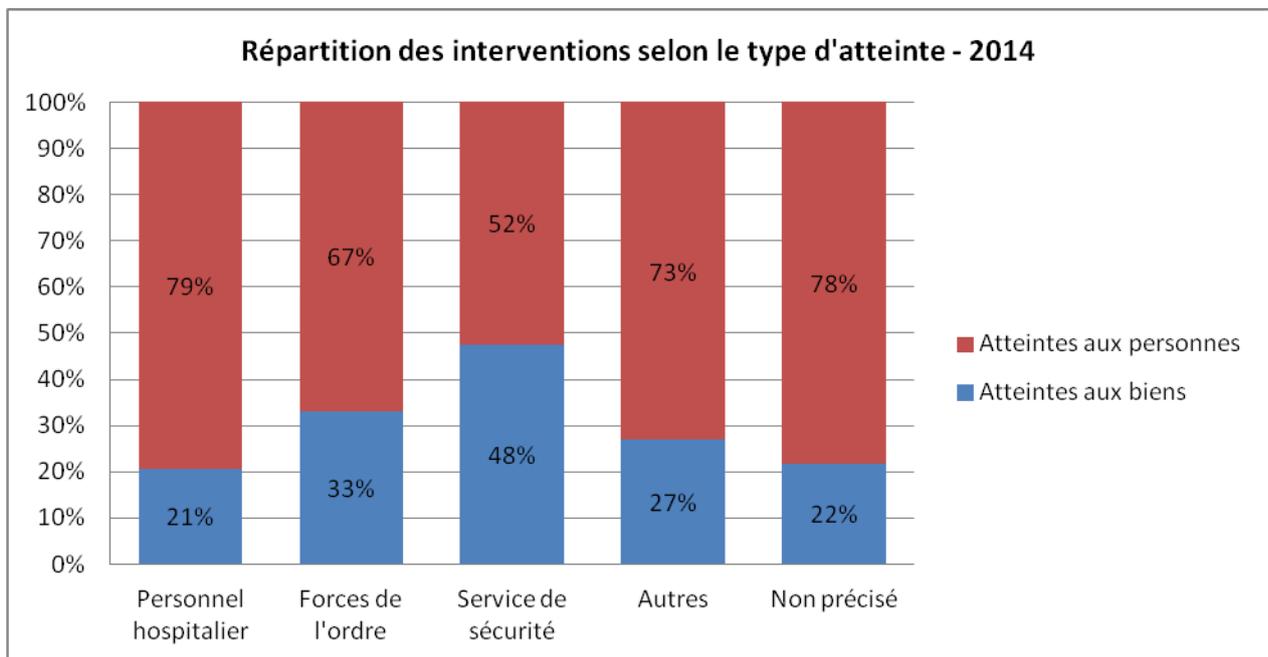


Le personnel hospitalier est en première ligne lors de la survenue d'un incident de violence. Dans 32% des cas ce sont des personnels hospitaliers qui interviennent en renfort des personnels en difficulté. Avec la professionnalisation des services de sécurité des établissements, dans 52% des cas, le personnel de sécurité intervient en appui. Il est également

constaté que les victimes de violences hésitent moins à faire appel au service de sécurité.

Les formations professionnelles dispensées sur la gestion des tensions et de l'agressivité peuvent se révéler extrêmement utiles afin de mieux prévenir et gérer les moments de violence. L'Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier (ANFH) propose plusieurs formations. Des initiatives locales permettent également de développer ces compétences. Ces formations, de qualité, doivent faire l'objet d'un suivi régulier afin que les personnels maintiennent leur niveau de compétence et que chaque nouvel arrivant puisse s'insérer dans un dispositif commun de prévention et de gestion des violences.

Graphique 18. Répartition des interventions selon le type d'atteinte



Il est également nécessaire de formaliser les procédures d'alerte afin de gérer au mieux la suite des événements et, si besoin est, de requérir dans les meilleurs délais l'intervention des agents de sécurité ou des forces de l'ordre. L'intervention de ces derniers est souvent plus efficace après un travail d'analyse des causes des atteintes et lorsqu'une convention santé-sécurité-justice a été signée localement, intégrant les conclusions tirées des analyses réalisées.

II.5 Les suites données

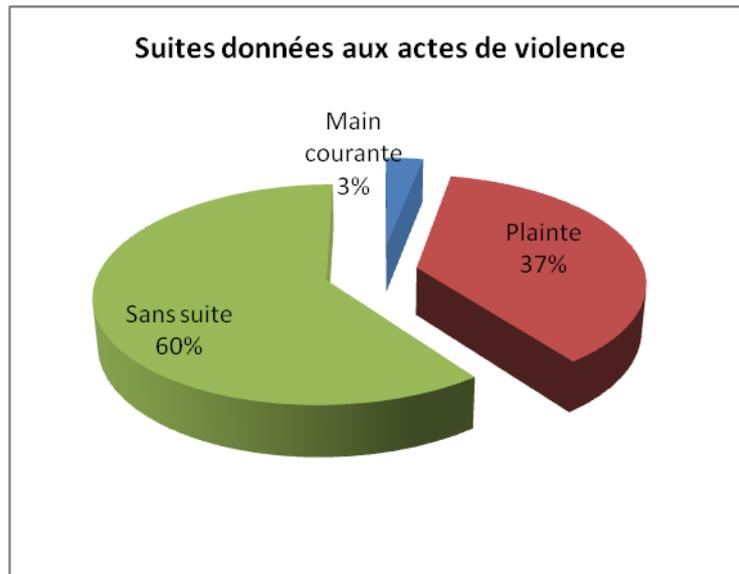
En 2014, les événements de violence signalés par les établissements ont donné lieu à 2 224 dépôts de plainte (contre 2 257 en 2013) et à 185 mains-courantes (contre 260 en 2013). 30% de ces démarches concernaient des faits d'atteintes à la personne.⁹ Les établissements ont eux-mêmes déposé 665 plaintes et 47 mains courantes.

⁹ Correctionnalisation des menaces et des actes d'intimidation commis à l'encontre des personnels de santé par la loi du 18 mars 2003 (article 433-3 du Code pénal). Aggravation des peines par la loi du 5 mars 2007 (articles 222-13 du Code pénal).

Il faut toutefois relativiser ces données puisque dans 58% des cas les suites données ne sont pas renseignées.

Concernant les déclarations d'atteintes aux personnes, 105 plaintes ont été déposées pour des faits de niveau 1 (injures...), 162 pour des faits de niveau 2 (menaces...), 303 pour des faits de niveau 3 (violences volontaires...) et 34 pour des faits de niveau 4 (violences avec arme...).

Graphique 18. Suites données aux actes de violence



Dans 1 571 cas (sur les 2 224 plaintes), les suites sont ignorées. Là encore la signature de conventions locales intégrant le ministère de la Justice permettrait certainement d'améliorer la connaissance des suites données.

Pour les 161 plaintes dont les suites sont renseignées, l'ONVS recense 40 condamnations à des peines d'emprisonnement (dont 14 pour des atteintes aux personnes ; des violences de niveau 3 et une de niveau 4), 6 condamnations à des peines d'amende (dont 3 pour des violences de niveau 3) et 1 rappel à la loi (niveau 3). Il apparaît important d'accentuer le développement du partenariat avec les autorités judiciaires afin d'assurer une meilleure prise en charge des victimes et de limiter le sentiment d'impunité des auteurs.

Le ministère de la Justice recense, en 2013, 259 condamnations dans des actes (délits) dont la victime est un personnel de santé. Pour une centaine d'entre elles, il s'agit de violences sans incapacité, pour 71, des violences avec incapacité de moins de 8 jours et pour 20, des violences avec incapacité de plus de 8 jours. La durée de l'incapacité est étroitement liée à la gravité des blessures. Les autres actes ayant fait l'objet d'une condamnation sont constitués par des menaces (65) et des actes d'intimidation (3).

Toutefois, ces chiffres ne sont pas l'exact reflet des condamnations prononcées à la suite des infractions commises contre les personnels de santé, dans la mesure où ces infractions

sont parfois poursuivies avec la circonstance aggravante de personne chargée d'une mission de service public. Pour autant, il n'est pas pertinent de communiquer les chiffres des condamnations pour les infractions commises contre les personnes chargées d'une mission de service public, s'agissant d'une catégorie très large comprenant de nombreuses autres professions, au sein de laquelle il n'est pas possible d'isoler les personnels de santé.

III. LES VIOLENCES ENREGISTREES EN MEDECINE DE VILLE

L'ONVS travaille également avec l'ensemble des ordres nationaux, essentiellement depuis les accords santé-sécurité-justice de 2011, afin d'améliorer la sécurité des professionnels de santé dans le domaine de la médecine de ville. En outre, chacun des sept ordres nationaux dispose d'un observatoire des violences qui recense les faits de violence. L'ONVS reçoit des ordres les statistiques des violences subies par leurs mandants.

54 départements ont un protocole national décliné localement. Des mesures sont mises en place localement comme la possibilité d'emploi de boîtier d'alarme localisé, le suivi d'une visite par le système de vidéoprotection municipal ou la mise en place de procédures d'alerte particulières pour certaines visites avec intervention rapide des forces de l'ordre en cas de danger.

L'ONVS est en mesure de publier cette année les résultats de l'observatoire de l'ordre des médecins ([ci-dessous](#)) et de celui de l'ordre des pharmaciens ([ci-dessous](#)).

Les deux ordres constatent, comme l'ONVS, une importante sous déclaration des faits. Ils encouragent à l'exhaustivité des signalements de toutes les atteintes aux personnes et aux biens.

IV. LA PREVENTION DE LA VIOLENCE

IV.1 Les actions mises en œuvre

Au niveau central comme au niveau local, la promotion des mesures de prévention apparaît indispensable. L'objectif est de diminuer la fréquence et la gravité des faits.

La mise en œuvre d'une politique en matière de prévention des violences repose sur l'élaboration d'outils de prévention des risques, notamment professionnels. A ce titre, le document unique d'évaluation des risques professionnels constitue l'un des axes majeurs des actions devant être entreprises par les chefs d'établissement¹⁰. Ce document recense l'ensemble des risques professionnels auxquels sont exposés les agents ainsi que les mesures de prévention associées. L'obligation qui résulte de l'article R4121-1 du Code du travail doit s'appuyer sur un processus dynamique d'évaluation prenant en compte les changements organisationnels, humains et techniques affectant le milieu professionnel concerné.

¹⁰ Circulaire DGOS/RH3/2011/491 du 23 décembre 2011 relative au rappel des obligations en matière d'évaluation des risques professionnels dans la fonction publique hospitalière.

En complément de cette démarche, obligatoire, les établissements sont encouragés à développer leur politique de lutte contre les atteintes aux personnes et aux biens selon les trois niveaux de prévention. La prévention primaire – il s’agit de prévenir la violence avant qu’elle ne se manifeste (en agissant sur l’environnement et l’organisation) ; la prévention secondaire – il s’agit de se concentrer sur les réactions immédiates à la violence et la formation à la gestion des situations conflictuelles ; la prévention tertiaire – il s’agit de se concentrer sur la prise en charge, l’accompagnement et les soins sur la durée après un acte violent.

La politique des professionnels et établissements pourrait être déclinée selon les éléments suivants :

L’article L.4121-1 du Code du travail précise que : « Le chef d’établissement prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs de l’établissement, y compris les travailleurs temporaires. Ces mesures comprennent des actions de prévention des risques professionnels, d’information et de formation ainsi que la mise en place d’une organisation et de moyens adaptés. Il veille à l’adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l’amélioration des situations existantes ».

Et l’article L4121-2 : L’employeur met en œuvre les mesures prévues à l’article L. 4121-1 sur le fondement des principes généraux de prévention suivants :

- 1° Eviter les risques ;
- 2° Evaluer les risques qui ne peuvent pas être évités ;
- 3° Combattre les risques à la source ;
- 4° Adapter le travail à l’homme, en particulier en ce qui concerne la conception des postes de travail ainsi que le choix des équipements de travail et des méthodes de travail et de production, en vue notamment de limiter le travail monotone et le travail cadencé et de réduire les effets de ceux-ci sur la santé ;
- 5° Tenir compte de l’état d’évolution de la technique ;
- 6° Remplacer ce qui est dangereux par ce qui n’est pas dangereux ou par ce qui est moins dangereux ;
- 7° Planifier la prévention en y intégrant, dans un ensemble cohérent, la technique, l’organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l’influence des facteurs ambiants, notamment les risques liés au harcèlement moral, tel qu’il est défini à l’article L. 1152-1 ;
- 8° Prendre des mesures de protection collective en leur donnant la priorité sur les mesures de protection individuelle ;
- 9° Donner les instructions appropriées aux travailleurs.

« La violence est l’utilisation intentionnelle de la force physique, de menaces à l’encontre des autres ou de soi-même, contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d’entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès » selon la définition de l’OMS.

L’incivilité est une nuisance sociale qui bouscule les règles élémentaires de la vie en société. Les incivilités portent une atteinte diffuse, mais grave à la qualité de la vie au travail. L’exposition aux incivilités produit les mêmes effets délétères que la violence verbale.

La haute autorité de santé (HAS) précise que les liens entre qualité de vie au travail et qualité des soins sont avérés. Ce constat l'a conduit à intégrer la qualité de vie au travail comme l'une des dimensions à prendre en compte dans le cadre de la certification des établissements de santé.

Les risques engendrés par les atteintes aux personnes et aux biens en milieu de santé ont un coût économique et social. Ces actes portent atteinte à la santé physique et mentale des salariés. Ils génèrent souffrance au travail, stress chronique, mal-être et démotivation au travail... Le bilan social des établissements publics de santé 2012 (janvier 2014) mentionne qu'environ 25% des établissements, objets de l'étude, ont déclaré que le contact avec un malade agité était l'une des trois principales causes d'arrêt de travail. Ils ont aussi un impact significatif sur la bonne marche des établissements. Cela se traduit par des dysfonctionnements : cause d'absentéisme du personnel, perte de confiance et démobilitation des équipes, dégradation de l'ambiance générale, diminution de la qualité des services, insatisfaction des patients ou résidents.

L'objectif d'une politique de prévention des atteintes aux personnes et aux biens est de diminuer la fréquence et la gravité des faits.

Cette fiche doit permettre aux établissements de santé de développer cette politique selon **trois niveaux de prévention...**

- . la prévention primaire – il s'agit de prévenir le fait avant qu'il ne se manifeste (en agissant sur l'environnement et l'organisation) ;
- . la prévention secondaire – il s'agit de se concentrer sur les réactions immédiates à la survenue d'un fait et la formation à la gestion des situations à risque ;
- . la prévention tertiaire – après un événement, il s'agit de se concentrer sur la prise en charge, l'accompagnement et la réparation (soins, corrections...), dans la durée.

... et six actions :

* **Analyser : analyse systématique et exhaustive des atteintes aux personnes, aux biens (dont les informations) permettant d'objectiver et de reconnaître les situations de risques, afin de sortir du « ressenti » et de dégager la « pluricausalité » de ces agressions.**

- Disposer d'un outil unique recensant au quotidien tous les événements liés à la violence : interventions du service de sécurité, déclarations d'événements indésirables, accidents du travail. Cet outil peut reprendre la nomenclature de la grille de déclaration ONVS permettant ainsi des statistiques comparées. L'outil doit permettre l'identification précise des causes (prise en charge perfectible, faiblesse des structures...) dans un but d'action.
- Déclarer tous les faits à l'ONVS ([signalements](#)) afin de profiter de son assistance, de son expertise, des bonnes pratiques centralisées et de porter le sujet au niveau central dans un but d'action à ce niveau – seule l'exhaustivité des signalements permet d'objectiver

les prises de décisions.

- Faire réaliser un diagnostic de sécurité partagé. Cette prestation est fournie gratuitement par la police et la gendarmerie dans le cadre des accords santé-sécurité-justice.
- Privilégier une analyse de sécurité prenant en compte les différents flux (biens, informations et personnes - BIP).
- Identifier les interactions entre les violences et les autres risques pour une politique globale de gestion des risques.

*** Concevoir : améliorer l'organisation du travail et la gestion de la relation avec les usagers. Une réflexion sera engagée sur le fonctionnement des services et sur l'organisation du travail, afin d'éviter les situations conflictuelles entre le public et le personnel (séparation des flux personnels/patients, mise en place d'une frontière hermétique entre l'espace clinique et l'espace public, transparence des services, gestion du temps d'attente, de la complexité des démarches, retour de l'information vers les patients/résidents et les accompagnants...).**

- Intégrer le paramètre « sécurité » dès l'origine de tout projet, que ce soit dans le projet d'établissement, dans les projets de construction (dès la phase programme) ou les projets de soins, afin de réduire les coûts en passant de la réaction à la prévention.
- Développer une politique globale de gestion des risques (ISO 31 000...) intégrant les risques professionnels dont font partie les atteintes aux personnes et aux biens.
- Etablir un tableau de bord de suivi de la politique de lutte contre les atteintes (méthodes ARR-VEXT, document unique...).
- Elaborer et signer un protocole d'accord santé-sécurité-justice avec les partenaires locaux (à partir des accords nationaux de [2005](#) et [2010](#)) et le réviser annuellement. Ces protocoles renforcent les liens de proximité par la désignation d'un correspondant local police/gendarmerie des professionnels de santé, encouragent des procédures d'alerte particulières, permettent la réalisation de conseils et diagnostics de sécurité, facilitent les démarches avec les services de sécurité de l'État (dépôt de plainte...) et la transmission de l'information judiciaire (suites données...).
- Solliciter un appui extérieur en complément de la démarche (ONVS...).
- Intégrer les mesures de prévention dans le cadre de l'amélioration des conditions de travail.
- Prioriser les zones ou les services à sécuriser et les actions à mener pour engager des actions concrètes rapidement et montrer au personnel que le problème est pris en

charge.

- Rédiger des procédures sous format plastifié et vérifier qu'elles sont connues et utilisées. Les intégrer dans la gestion électronique des documents.
- Prendre en compte l'exploitation et la maintenance des dispositifs.
- Envisager des sources de financement extérieur (CLACT, FIPD, FNP de la CNRACL, FIPHP, FMESPP, assurances, fondations...) pour compléter la démarche interne.
- Intégrer les obligations du plan Vigipirate, comme la mise en œuvre des objectifs permanents de sécurité communs à tous et des objectifs de sécurité spécifiques.

*** Accompagner : développer la prise en charge et l'accompagnement des victimes d'agressions, tant sur le plan médico-social, psychologique, professionnel que juridique.**

- Développer une politique proactive d'accompagnement des personnels et usagers victimes, en collaboration avec les services de santé au travail.
- Identifier les interlocuteurs externes intervenant en faveur des victimes.
- Diffuser la documentation utile aux victimes comme les fiches réflexes ONVS/FHF/MACSF (je suis un patient victime, je suis un personnel victime, j'encadre un patient victime, j'encadre un personnel victime), le guide victime du ministère de la Justice et les documents supports de la médecine du travail.
- Vérifier la fiabilité et l'appropriation du matériel de sécurité : il faut s'orienter vers des systèmes au fonctionnement simple, compréhensibles par tous, accessibles et fiables.
- Entretenir des liens avec le Procureur permettant de faciliter les échanges d'informations, notamment sur les suites données aux actions judiciaires, et développer la politique de constitution de partie civile par l'établissement.
- Se constituer partie civile dès qu'un personnel est victime d'atteinte aux personnes. Un préjudice direct suffit à motiver la constitution de partie civile par l'établissement (temps d'absence du service du personnel victime par exemple).

*** Organiser : Il s'agit d'améliorer l'ergonomie, la propreté, le confort des lieux d'accueil du public, mais aussi la sécurité des postes de travail et des accès aux locaux de l'établissement. Adapter le travail à l'homme, tenir compte de l'évolution de la technique, remplacer ce qui est dangereux par ce qui l'est moins.**

- Intégrer la problématique de sécurité dans tous les processus de décision notamment en

faisant appel à des experts (ressource interne, policiers, gendarmes, secteur privé). Le but est d'intégrer cette problématique en faisant naître une culture de la sécurité à tous les niveaux. La sécurité, si elle n'est pas intégrée dès l'origine de tous projets, est chère et peu efficace.

- Décloisonner les services : le personnel de sécurité et les conseillers en prévention des risques ont une expérience à faire partager et connaissent les outils. Les personnels médicaux et paramédicaux connaissent leurs problèmes. Les ressources humaines sont associées.
- Organiser la solidarité entre les équipes par la prise en compte collective des difficultés.
- Mettre en œuvre une stratégie de sécurité dans le cadre de l'application du plan Vigipirate et nommer un correspondant Vigipirate intégré à la chaîne d'alerte et de diffusion des changements de posture, ainsi que la mise en place d'un plan de continuité d'activité.
- Désigner un responsable sécurité, rattaché directement à la Direction générale, en raison de la confidentialité et de la sensibilité des informations traitées, assurant également le rôle de « correspondant Vigipirate ». Ses missions sont les suivantes :
 - faire le lien entre les équipes médicales et administratives et les personnels de sécurité (pour ces derniers il doit pouvoir les diriger et leur donner des instructions, adapter leurs consignes en fonction des événements),
 - susciter des réflexions en vue de réaménager des locaux, d'adapter les pratiques, afin d'améliorer la sécurité,
 - être associé à toutes les questions liées à l'organisation, les aménagements, les travaux pouvant avoir un impact sur la sécurité,
 - vérifier le bon respect des règles à appliquer, le bon usage des dispositifs de sécurité,
 - élaborer des consignes et démarches à suivre pour aider les personnels de santé et de sécurité en cas de réalisation d'un événement impactant la sécurité, notamment en ce qui concerne la préservation des preuves,
 - faire des rappels des règles et consignes,
 - organiser les formations, s'assurer que tous les personnels exposés ont suivi les formations nécessaires ou utiles,
 - développer le partenariat avec les acteurs locaux liés à la sécurité,
 - appliquer et expliquer le plan Vigipirate.

* **Former** : L'établissement doit former régulièrement ses salariés qui doivent maîtriser les procédures de gestion des risques auxquels ils sont confrontés, mais aussi gérer les situations conflictuelles et désamorcer la violence des usagers.

- S'assurer que le contenu des formations est en adéquation avec les procédures d'alerte et de réaction.
- Identifier des personnels référents chargés d'aider leurs collègues à canaliser l'agressivité des usagers, ou d'apporter un accompagnement médico-social, psychologique ou juridique ; établir et entretenir ce réseau.
- Former le personnel d'encadrement à apporter un soutien immédiat après une agression en s'appuyant par exemple sur les fiches réflexes ONVS/FHF/MACSF.
- Organiser des échanges de pratiques entre salariés sur la manière de gérer la relation aux patients et résidents, et notamment les situations tendues.
- Reconnaître et valoriser les salariés ayant les compétences requises et exerçant une fonction de régulation.
- Suivre le contenu des formations qui doivent permettre de détecter, prévenir et gérer au mieux les situations de violences, maîtriser les procédures d'alerte et les moyens de protection, développer des habiletés et des modes d'intervention individuels et collectifs pour assurer sa propre sécurité et celle des autres en situation d'agressivité.

*** Communiquer : L'établissement doit mettre en place plusieurs niveaux de communication adaptés aux objectifs visés (de la communication sur la prévention à la communication de crise - différencier le court terme du long terme).**

- Etablir une information claire, précise et concise à destination des usagers et de leur entourage, mais aussi envers les membres du personnel et permettant la transmission des informations entre médecins, soignants et administratifs.
- S'assurer que la politique de sécurité est connue et que toute mesure de sécurité nouvelle a été accompagnée d'une communication à l'ensemble des acteurs concernés (le risque existe, les mesures ont été prises pour le prévenir, quel est mon rôle, quels réflexes adopter si un fait se produit malgré tout, qui contacter ?).
- Mettre en place une communication spécifique pour l'application du plan Vigipirate.
- Diversifier les supports de communication en fonction des publics visés : éditoriaux (journal, lettre interne, affiche, brochure thématique, encart dans le livret d'accueil, set de table pour le restaurant administratif...), digitaux (site intranet, mailing, réseaux sociaux...), managériaux (séminaires internes, sessions de formation, réunions d'information, journée porte ouverte...), numériques (écrans d'accueil, téléviseurs) et médiatiques (visites organisées pour les journalistes, points presse, communiqués...) à destination de la presse locale notamment.

- Valoriser les mesures mises en place pour améliorer l'accueil, l'orientation, la qualité de la prise en charge et réduire au maximum l'attente, le stress, l'anxiété, l'énerverment des usagers et de leur entourage.

Cette démarche globale de prévention, qui concerne également les risques psychosociaux, est liée aux conditions générales et aux modes d'organisation du travail qui ont des incidences reconnues sur la santé physique et mentale. Comme précisé supra, le bilan social des établissements publics de santé 2012 (janvier 2014) mentionne qu'environ 25% des établissements, objets de l'étude, ont déclaré que le contact avec un malade agité était l'une des trois principales causes d'arrêt de travail. Ainsi, si les violences sont dommageables pour la santé des agents, elles rejaillissent également sur la qualité du service rendu aux usagers. La haute autorité de santé (HAS) précise que les liens entre qualité de vie au travail et qualité des soins sont avérés. Ce constat l'a conduit à intégrer la qualité de vie au travail comme l'une des dimensions à prendre en compte dans le cadre de la certification des établissements de santé.

Les contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT), intégrés au fonds d'intervention régional (FIR) pour plusieurs millions d'euros chaque année, financent des mesures permettant d'améliorer les conditions de travail des agents notamment dans le cadre de la prévention des atteintes aux personnes et aux biens.

Depuis mai 2014, le fond interministériel de prévention de la délinquance a été ouvert aux hôpitaux publics pour leur permettre de s'équiper en matière de vidéosurveillance. Ces équipements améliorent le sentiment de sécurité des personnels, permettent d'agir préventivement et de fournir des preuves aux enquêteurs chargés d'un dossier de plainte notamment. Chaque année, les demandes d'équipement en matière de vidéoprotection sont des extensions de dispositifs existants à hauteur de 40 à 60%, les dispositifs donnant satisfaction.

En outre, en 2012, la direction générale de l'offre de soins a lancé en lien avec les agences régionales de santé, un appel à candidatures pour l'accompagnement de projets sur l'évaluation et la prévention des risques psychosociaux dans les établissements de santé¹¹. Les établissements retenus bénéficient d'un accompagnement financier sur trois ans (2013-2014-2015).¹² L'objectif est de mettre en évidence, sur une période de 3 ans, que les actions mises en œuvre par les établissements retenus auront contribué à une amélioration significative de la qualité de vie au travail. Un comité de suivi dédié permet de suivre l'état d'avancement des projets (CSFPH et experts)

Parmi les onze projets sélectionnés, trois comprennent des propositions relatives au sentiment d'insécurité au travail et à la prévention des phénomènes de violence. Il s'agit du CH de Montluçon (03), du CH de Niort (79) et du CHU – hôpitaux de Rouen (76).

L'expérimentation a commencé début 2013 et un comité de suivi évalue l'impact des

¹¹ Circulaire DGOS/RH3/2012/300 du 31 juillet 2012 relative à l'appel à candidatures pour l'accompagnement de projets sur l'évaluation et la prévention des risques psychosociaux.

¹² Le financement s'élève à 1 million d'euros annuels répartis sur l'ensemble des 11 projets.

mesures mises en œuvre.

Projet du CH de Montluçon (03)

La démarche proposée par l'établissement «cerner pour mieux prévenir les risques psychosociaux» consiste à mettre en place un accompagnement des équipes, assurer un suivi trimestriel des personnels victimes, comparer les résultats avec ceux de l'ONVS, communiquer les statistiques aux instances représentatives du personnel et des patients (CHSCT et CRUQPC) et mettre en place des actions de formation du personnel afin de réduire les risques (116 personnes formées à la gestion du stress et des violences en 2013, 54 en 2014).

Il faut noter par ailleurs que cette thématique de la prévention et de l'accompagnement des personnels face aux actes de violence est également prise en compte par l'établissement dans le cadre du contrat local d'amélioration des conditions de travail.

Projet du CH de Niort (79)

Le plan de prévention des risques psychosociaux présenté par l'établissement propose huit actions. Parmi celles-ci, l'action 3 concerne plus spécifiquement la formation du personnel, y compris l'encadrement, visant à développer les compétences en matière de communication non violente et de gestion de l'agressivité (60 personnes formées en 2013, 61 en 2014). Une formation sur la communication interprofessionnelle complète ce dispositif (39 personnes formées en 2013, 66 en 2014).

Projet du CHU- Hôpitaux de Rouen (76)

La prise en compte des risques psychosociaux est effective depuis plusieurs années, notamment au travers des actions prévues dans le plan pluriannuel de prévention des risques professionnels avec des actions de prévention du risque psychique et de l'épuisement professionnel ainsi que des actions de prévention de l'insécurité et de la violence.

Concernant ce point, le plan 2008-2012 comportait cinq actions :

- réalisation d'un bilan sur 3 ans de la politique de prévention de l'insécurité et de la violence
- sensibilisation du personnel sur la conduite à tenir en cas d'incivilités ou de violences
- amélioration de l'identification des zones à risques
- étude sur le besoin de renforcer la présence des équipes de médiation sûreté et de gardiennage
- renforcement de la coopération entre le CHU et les services de police.

La plupart de ces actions ont été poursuivies et certaines renforcées, notamment par la mise en place de formations spécifiques visant, pour les personnels, à gérer leur stress ou l'agressivité des patients. Une analyse systématique des causes d'événements indésirables liés aux soins (incluant les vols et les violences) a été initiée avec une montée en charge progressive de cette analyse. Elle est prise en charge par le réseau d'analyse et d'intervention face aux

violences et au harcèlement au travail, réseau interne à l'établissement constitué depuis 2002.

Le projet présenté pour répondre à l'appel à candidatures sur l'évaluation et la prévention des risques psychosociaux comporte également, dans son volet opérationnel, une analyse quantitative et qualitative des événements indésirables graves liés aux faits de violence. Il s'agit d'analyser à la fois la façon dont la situation a été gérée et son retentissement psychique sur les agents concernés. L'optimisation de la procédure de signalement est recherchée afin de permettre une couverture exhaustive des faits. Cette action complétera les actions prévues au plan de prévention de l'absentéisme en lien avec l'axe « améliorer le sentiment de sûreté des salariés ».

IV.2 Diffusion des bonnes pratiques

Sur le terrain, des établissements travaillent au quotidien pour améliorer les conditions de travail et la qualité des soins. Même s'il n'est pas forcément aisé de mesurer l'impact d'une politique de prévention, certaines mesures initiées ont déjà eu des incidences concrètes avec une diminution sensible du nombre des événements relevés par les services. L'Observatoire a souhaité mettre en avant ces démarches en présentant quelques initiatives locales.

En outre, faisant suite à la communication l'an passé dans ce même rapport annuel sur les bonnes pratiques mises en œuvre aux urgences générales de l'hôpital Bichat à Paris, il convient de mentionner l'étude qui en a été faite et intitulée¹³ « *Evaluation d'une politique de réduction de la violence dans un service d'accueil des urgences parisien*. Elle analyse les conséquences du *projet d'amélioration continue de la qualité* dans ce SAU, projet développé à partir de 2006. L'établissement a eu pour objectifs *d'améliorer les conditions d'accueil des patients, la sécurité des patients et du personnel, de lutter contre la maltraitance, de développer la bientraitance des patients et de réduire le nombre de violences au travail*. Les indicateurs mesurés sont : *le temps d'attente médecin, le temps total de passage, le nombre de violences au travail déclarées par le personnel, le nombre d'interventions des équipes antimalveillance, l'absentéisme du personnel et la satisfaction des usagers*. Selon l'étude, les mécanismes générateurs de l'insécurité ressentie sont constitués par *des tensions propres à l'individu, des tensions liées au contexte de l'urgence, aux conditions d'accueil, aux locaux, à l'attente et aux informations, aux tensions sociales et à une part d'irrationnel*. Elle conclue que durant la période d'étude, il a été constaté *une diminution significative de la durée totale de séjour et du délai d'attente médecin, du nombre de VT (violences au travail) déclarées et du nombre d'interventions des équipes antimalveillance au SAU et de la satisfaction des usagers des urgences*. L'étude ajoute en conclusion que leur travail permet de *confirmer la haute fréquence des VT dans les SAU, le lien entre les VT et des aspects organisationnels, l'importance d'un projet d'amélioration continue de la qualité fondé sur la qualité des soins comme outil pour atteindre une réduction des VT, et permet de proposer des indicateurs simples de suivi et de mesure de l'impact des stratégies mises en place*.

Si, de toute évidence, il n'est pas envisageable de reproduire les modèles au regard de la diversité des situations sur le territoire national, cette évaluation met en évidence une méthode et des outils utiles à une politique de prévention des violences.

¹³ Lavoisier - DOI 10.1007/s13341-015-0558-z – Juillet 2015 - E. Casalino · C. Choquet · S. Thomas · S. Erhel · P. Cossard · et le Groupe Projet Sécurité du service d'accueil des urgences Bichat

Les Hospices civils de Lyon constituent un autre exemple. Ils ont développé une politique de sécurité dynamique ([ci-dessous](#)). Après analyse, ils ont déployé un dispositif anti-rapt de nourrissons, un dispositif anti-errance des personnes désorientées, du contrôle d'accès avec badge unique, de la vidéoprotection avec métadonnées (analyse intelligente des images), une gestion modernisée des parkings, un renforcement des partenariats avec la signature d'une convention et la sensibilisation et la formation du personnel.

V. LES MODALITES D'ACCOMPAGNEMENT

La démarche initiée par l'ONVS vise à la fois à coordonner les actions, à accompagner les établissements et à orienter la politique nationale de prévention des violences.

V.1 Le partenariat

Le protocole signé le 12 août 2005 ([ci-dessous](#)) entre les ministères de la Santé et de l'Intérieur est destiné à améliorer la sécurité dans les établissements de santé en institutionnalisant les liens entre l'hôpital et les forces de sécurité territorialement compétentes. Il a été modifié le 10 juin 2010 ([ci-dessous](#)) afin de permettre une nouvelle dynamique dans son application en y associant le ministère de la Justice.

Les principales mesures concernent la désignation d'un correspondant « santé » au sein des commissariats et gendarmeries, la désignation de « référents sûreté » qui vont pouvoir, en appliquant les méthodes de la prévention situationnelle, apporter leurs conseils (ou réaliser des audits) en matière de prévention de la malveillance (à ne pas confondre avec les audits en matière de sécurité incendie dont les effets sont contraignants – les diagnostics de sécurité partagés sont réalisés gratuitement avec la garantie de la neutralité de l'administration), la possible couverture des établissements par la vidéoprotection des communes, la mise en place de procédures d'alerte particulières, la facilitation du dépôt de plainte, la constitution de partie civile par les établissements, la communication des suites données par la justice et la mise en place de rencontres annuelles dans les préfectures.

Au fil des ans, la déclinaison locale de ce protocole s'est progressivement étendue à tout le territoire, on peut ainsi recenser environ 520 conventions signées dans les départements, mais essentiellement fondées sur les accords de 2005. L'instruction DGOS du 24 octobre 2013 relative à la prévention des faits de violence dans le milieu de la santé a rappelé aux établissements de santé, par l'intermédiaire des ARS, les recommandations relatives à la remontée des faits de violence à l'ONVS, les principales mesures développées dans les protocoles et la signature de conventions locales, déclinaison des accords nationaux. Cette instruction a permis de relancer la dynamique des conventions ; actuellement, de nombreux accords sont en voie de conclusion. Les établissements sont de plus en plus nombreux à développer un partenariat élargi en intégrant par exemple des administrations territoriales ou l'administration pénitentiaire. Au titre de la diffusion des bonnes pratiques, le [site Internet de l'ONVS](#) recense des exemples. D'autres protocoles associent des acteurs supplémentaires ou d'autres problématiques ; il est important que les conventions soient adaptées aux problématiques locales rencontrées après une première étape de diagnostic.

Lors de l'élargissement du protocole en 2010, certaines instances ordinales (conseil national de l'ordre des médecins notamment), avaient manifesté leur souhait de bénéficier d'un protocole de sécurité prenant en compte la spécificité de l'exercice en milieu libéral.

Les protocoles des 20 avril 2011 ([ci-dessous](#)), signés par l'ensemble des professionnels constitués en ordres nationaux et par les organisations syndicales des professionnels de santé, ont répondu à cette attente. Ils s'inscrivent dans le cadre de la mise en œuvre d'une politique de l'organisation de l'offre de soins sur le territoire national conduite dans les régions par les ARS, tout en engageant les présidents des conseils nationaux des ordres et les représentants syndicaux des professionnels de santé concernés.

Les professionnels de santé peuvent ainsi solliciter des conseils de sûreté portant sur la sécurisation de leurs lieux de travail ou de leurs déplacements. Des procédures d'alerte spécifiques, adaptées aux circonstances locales, ont été créées pour assurer la sécurité des professionnels de santé intervenant de nuit ou dans des quartiers sensibles (numéros d'appel dédiés vers la police-secours, développement de systèmes d'alerte communautaire, géolocalisation des médecins en intervention) par l'intermédiaire des représentations territoriales des ordres. A ce jour, 54 départements ont un protocole national décliné. La déclinaison territoriale s'inscrit avant tout dans une démarche prospective visant à définir des mesures de prévention en fonction de la situation de chaque département pour mieux répondre aux problématiques particulières vécues. Une évaluation annuelle des mesures mises en place, corroborée au sentiment d'insécurité pouvant perdurer dans certaines zones, et à l'implantation démographique des professionnels de santé, devra permettre d'adapter les mesures correctrices nécessaires à un exercice serein et de qualité, tant pour les professionnels que pour les patients.

V.2 Les visites techniques et les interventions thématiques

Les établissements de santé ont sollicité régulièrement l'appui technique de l'ONVS soit à la suite de la survenance d'événements violents soit dans le cadre d'un projet de restructuration. De la même façon, certaines études ont pu être réalisées à la demande du ministère de la Santé ou des autorités locales.

Les visites techniques sont destinées à accompagner les établissements dans le développement de leur politique de prévention des atteintes aux personnes, aux biens et à l'information. Elles permettent d'analyser les difficultés existantes et d'évaluer le dispositif local de prévention ; de diffuser les éléments d'une politique de prévention des risques ; de répondre aux très nombreuses interrogations et d'effectuer une analyse *in situ*. Lors de ces visites, les outils nécessaires à l'identification des problématiques des professionnels et de l'établissement sont abordés ainsi que les solutions mises en œuvre sur le territoire national.

Par ailleurs, les participations à des conférences et des séminaires permettent également la rencontre et la sensibilisation des acteurs de terrain.

V.3 Les fiches réflexes (ci-dessous) «accompagnement des victimes de violences»

En mars 2012, la DGOS, par le biais de l'ONVS, la fédération hospitalière de France (FHF) et la mutuelle d'assurance du corps de santé français (MACSF) se sont associés pour mettre à

disposition des professionnels hospitaliers une série de fiches réflexes sur la conduite à tenir en cas de violence dans les établissements de santé et médico-sociaux.

Quatre fiches sont proposées : deux à destination de l'encadrement hospitalier, une à destination de l'agent hospitalier victime, une à destination du patient victime.

Chaque fiche comporte la définition de la violence subie, les modalités de prise en charge de la victime, les procédures à mettre en œuvre, les suites et le suivi de la démarche, ainsi qu'un bref rappel du cadre juridique.¹⁴

VI. CONCLUSION

La violence est issue de situations individuelles ou collectives très diverses, ce qui rend particulièrement complexe l'analyse de ses déterminants, tout autant que sa prévention et sa prise en charge. Les conventions locales permettent, après un diagnostic et dans le cadre d'une politique de prévention des atteintes aux personnes et aux biens, de répondre à une partie essentielle des problématiques de sécurité dans le cadre de l'amélioration des conditions de travail et l'un de ses corollaires, le sentiment d'insécurité.

La violence en milieu de soin n'est pas une fatalité, l'ONVS s'efforce de travailler sur les différents axes qui lui permettront de répondre au mieux à cette problématique :

- ✓ Développer la connaissance sur la violence et ses déterminants
- ✓ Faciliter le repérage des situations de violence
- ✓ Organiser et coordonner la prévention
- ✓ Diffuser les bonnes pratiques
- ✓ Améliorer la prise en charge et le suivi des personnes impliquées
- ✓ Orienter la politique nationale de prévention des violences.

Il est ainsi important qu'il ait connaissance de la totalité des atteintes aux personnes et aux biens en milieu de santé. Cette connaissance, si elle dépend des établissements et des Ordres pour faire remonter l'information à l'ONVS, commence par le choix de chaque professionnel de signaler, ou non, un fait de violence auquel il est confronté. Les bonnes mesures ne peuvent être prises que par une analyse approfondie de l'ensemble des faits survenus.

¹⁴ Les fiches réflexes, comme de nombreux autres documents, sont téléchargeables depuis le site de l'ONVS.

VII. ANNEXES

Le projet des Hospices civils de Lyon :



MESURES RELATIVES AUX ACCES DES ETABLISSEMENTS

14/03/2015



Sommaire

Dispositif anti-rapt de nourrisson

Dispositif anti-errance des personnes désorientées

Badge unique et contrôle d'accès

Vidéoprotection et métadonnées

Parkings payants

Convention Police-Santé

Sensibilisations et formations du personnel

Département
Prévention
et Sécurité
Générale

2



Dispositif anti-rapt de nourrisson

Sur toutes les maternités des HCL :

- Mise en place du système anti-rapt de nourrisson : les nouveau-nés portent à la cheville un bracelet (émetteur miniature inviolable) déclenchant une alarme ou la fermeture automatique des issues si l'enfant est emmené hors de la zone surveillée par une personne autre que l'un des membres du personnel autorisé (port du badge obligatoire).
- Mise en place d'un circuit patient et du personnel en dehors des heures d'ouvertures.
- Liste de personnel autorisé pour le déplacement du nourrisson.
- Communication +++ (signalétique, livret d'accueil, affiches, etc.).
- Formation +++ du personnel.

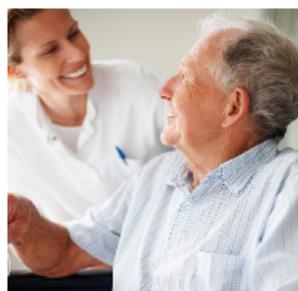


 votre santé, notre engagement

Dispositif anti-errance des personnes désorientées

Sur tous les secteurs concernés des HCL :

- Mise en place du système anti-errance des personnes désorientées : lorsque que des patients quittent une zone protégée, le personnel est prévenu par des messages d'alerte précisant la position de l'émetteur et le nom du patient.
- Le personnel soignant habilité est en mesure d'accompagner les patients hors de la zone surveillée.
- Exploitation du système et des alarmes par :
 - Report d'alarmes EDP.
 - Retour des alarmes sur les DECT.
 - Alarme sonore et visuelle sur les flash sonores et lumineux répartis dans le service au niveau de chaque accès.
- Formation +++ du personnel.



 votre santé, notre engagement

Badge unique et contrôle d'accès

Sur tous les établissements des HCL :

Le badge unique a pour but de répondre aux fonctionnalités suivantes :

- Identification du porteur (photo, nom, matricule, service).
- Gestion des paiements pour la restauration.
- Gestion des pointages pour le personnel.
- Gestion de l'habillement pour le personnel soignant.
- Gestion des droits d'accès aux établissements et aux bâtiments.
- La base de données des badges renferme des informations relatives à chaque agent notamment concernant le profil d'accès.



vosre santé, notre engagement

Badge unique et contrôle d'accès

Sur tous les établissements des HCL :

Accès bâtiment



Identification par badges sécurisés



Accès tourniquet



Accès parking



vosre santé, notre engagement

Vidéoprotection et métadonnées

A terme, sur l'ensemble de la vidéoprotection des HCL :

Le déclenchement de l'enregistrement s'effectue sur une détection de métadonnées. La détection d'objet dans une zone peut être caractérisée par :

- Taille, direction, vitesse, couleur.
- Activité dans une zone prédéfinie.
- Disparition d'objet d'une scène.
- Arrêt d'un véhicule sur une voie.
- Objet ou personne s'arrêtant de bouger.
- Flânerie ou maraudage
- Entrée ou sortie d'un objet dans une zone.
- Franchissement d'une ligne virtuelle
- Tentative de sabotage de la caméra.
- Changement de prise de vue.
- Etc.



Parkings payants

A terme, sur tous les groupements hospitaliers :

Mise en place du système de barrières pour la gestion du flux et du stationnement au sein des groupements hospitaliers :

- Zones de parkings réservées pour le personnel.
- Meilleure gestion du circuit des ambulances.
- Réduction immédiate et quasi-totale du stationnement « anarchique ».
- Annonce à l'entrée du site du nombre de places restantes.
- Protection mécaniques des accès « sapeurs-pompiers ».
- Recettes produites.



Convention police-santé

En particulier :

- Renforcement des échanges entre les référents de chaque institution.
- Formation de nos personnels face à une situation de violence.
- Etc.

Département
Prévention
et Sécurité
Générale

9



 votre santé, notre engagement

La fiche de déclaration ONVS 2015

Elle a été refondue en 2015. Elle prend dorénavant en compte l'ensemble des évolutions de la plateforme de déclaration. Il s'agit d'un document à la disposition des établissements qui ont besoin de ce type de support. Des versions informatisées sont disponibles sur le [site de l'ONVS](http://www.onvs.fr).

Direction générale de l'offre de soins

Cette fiche ne remplace en aucun cas le déclenchement des procédures habituelles d'alerte.



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS TERRITORIALES

L'observatoire accompagne les établissements dans le développement de leur politique de prévention des atteintes à la personne et à la biens. Il note même les événements récurrents.

<http://www.onvs.fr>



FICHE DE SIGNALEMENT

Champ libre pour les établissements

(Précisions sur le lieu, nom, prénom du déclarant par exemple)

Informations générales

Date de l'événement : / / Heure de l'événement : : Structure :

Description anonymisée des faits :

Circonstances

Causes de violences : Reproche relatif à une prise en charge : Temps d'attente jugé excessif : Refus de prescription :
 Règlement de compte : Diagnostic non accepté : Suicide :
 Alcoolisation : Drogue : Autres :

Intrusions Zone de soins : Espace d'accueil de l'IOA : Bloc opératoire : Autre lieu :

Interventions Personnel hospitalier : Forces de l'ordre : Service de sécurité interne :
 Autres : Aucune :

Préjudices

La cause principale du fait déclaré est directement liée à un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli le discernement ou le contrôle des actes de l'auteur :

Préjudice principal :

Préjudice aux personnes : Injure, insulte et provocation : Chahut, occupation des locaux : Exhibition sexuelle : Violence involontaire :
 Menace physique : Menaces de mort : Port d'arme : Drogue / alcool :
 Menace avec arme : Violence avec arme : Agression sexuelle : Viol :
 Violence volontaire : Séquestration : Prise d'otage : Autre fait qualifié de crime :

Préjudice aux biens : Dégradations de locaux : Dégradation de véhicule : Dégradations de matériel de valeur :
 Dégradation légère : Incendie volontaire : Tags, graffiti :
 Escroquerie :
 Vol sans effraction : Vol avec effraction : Vol à main armée :
 Vol de matériel électronique : Vol de moyen de paiement/papier d'identité : Vol de véhicule :
 Vol de matériel important : Vol de documents médicaux (ordonnance, tampon...) : Vol de petit matériel :
 Vol d'effets personnels : Vol de médicaments : Vol d'autres types de biens :

Victimes/auteurs

	Femmes		Hommes		Femmes		Hommes		Femmes		Hommes	
Nombre de victimes	Médecins ou assimilés :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Personnels administratifs :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Détenus :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Visiteurs :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Infirmiers :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Agents de sécurité :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Autres :	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
	Personnels soignants :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Patients :	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
Etablissement victime : <input type="checkbox"/>												
Nombre d'auteurs	Médecins ou assimilés :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Personnels administratifs :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Détenus :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Visiteurs :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Infirmiers :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Agents de sécurité :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Autres :	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
	Personnels soignants :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Patients :	<input type="text"/>	<input type="text"/>						

Victimes/auteurs

Bilan chiffré Nombre total de jours d'arrêt de travail : Nombre total de jours d'ITT :
 Estimation du montant des dégradations : Estimation du montant des vols :

Mode opératoire Mode opératoire du vol avec effraction : L'arme a-t-elle été utilisée :
 Type d'arme de l'auteur de l'événement :

Suites Suite engagée (plainte, MC...) : Oui a déposé (victime, Et) : Suite judiciaire :

Condamnation prononcée Peine de prison : Amende : Rappel à la loi :

Commentaires

Description des dégradations :

Commentaire général :

Les fiches réflexes

Les fiches réflexes sont accompagnées d'une documentation traitant notamment de l'assistance de l'administration pour le dépôt de plainte – La protection fonctionnelle des agents publics et un exemple de rapport circonstancié - et de l'articulation entre le secret professionnel et l'article 40 du code de procédure pénale. Elles sont [téléchargeables](#) dans leur totalité sur le site de l'ONVS.

La violence en établissement de santé ou médico-social

J'encadre un personnel victime



Vous êtes personnel d'encadrement : l'un de vos agents a été victime de violence au sein de votre établissement.

Quelle prise en charge pour la victime ?

Lorsqu'un agent est victime dans son exercice professionnel, sa prise en charge se fait à plusieurs niveaux :

Clinique

La prise en charge est physique et rapide, voire médicalisée, en vue de l'orientation de la victime selon son état de santé et son choix d'établissement. Un examen médico-légal est alors demandé, les renseignements utiles recueillis, les éléments de preuve conservés, les traces et les indices préservés.

Psychologique et sociale

La prise en charge est immédiate et systématique, selon la procédure formalisée par l'établissement.

Administrative

La prise en charge s'effectue en plusieurs étapes :

- remplir la fiche d'événement indésirable et rédiger un rapport circonstancié,
- constituer un dossier d'accident du travail
- informer la victime sur ses droits (notamment la possibilité de prendre contact avec le défenseur des droits),
- constituer un dossier sinistre par l'établissement.

Juridique

La prise en charge porte sur l'assistance de l'administration pour le dépôt de plainte (cf. annexe 1), voire sur l'assistance et la protection juridiques avec mise à disposition d'un avocat et sa prise en charge financière par l'établissement.

De quelle violence parle-t-on ?

Un acte de violence recouvre tout événement, agression, parole, comportement blessant qui porte atteinte :

- à l'intégrité physique et/ou psychique des personnels,
- aux biens des personnels et/ou au bon fonctionnement des services.

L'infraction peut être :

- un crime ou sa tentative (homicide, viol, vol à main armée...),
- un délit ou sa tentative (vol, escroquerie, violence, harcèlement, dégradation...),
- une contravention (insulte, menace...).

Le préjudice peut être :

- physique ou psychique (blessure et, de manière générale, toute atteinte à la santé, à l'intégrité physique ou mentale d'une personne),
- moral (préjudice non économique et non matériel subi par la victime),
- matériel (dégât et dégradation matériels, véhicule brûlé, vêtement déchiré, lunette détériorée...).

Fiche réflexe 1 > J'encadre un personnel victime

Quelles procédures à mettre en œuvre ?

En tant que représentant de l'encadrement (membre de l'équipe de direction, cadre de proximité, cadre supérieur), vous devez suivre les procédures suivantes.

En cas de procédure judiciaire à mettre en œuvre

- prendre rendez-vous avec les forces de l'ordre le plus rapidement possible (cf. annexe 5)
- garantir le dépôt de plainte par la victime et/ou l'établissement
- respecter l'obligation générale de l'article 40 du code de procédure pénale (cf. annexe 6)

En interne

- assurer les mesures de protection de la victime
- mettre en place une cellule de crise et de communication selon la situation
- prendre une sanction disciplinaire à l'égard de l'auteur du fait de violence si celui-ci est agent de l'établissement (avec renvoi au règlement intérieur, à réévaluer si besoin)
- rédiger un rapport d'imputabilité au service (cf. annexe 2)
- saisir les instances concernées (CHSCT-médecine de santé au travail)

En externe

- diffuser l'information de l'événement à l'ARS (selon le type d'événement)
- adresser une fiche de déclaration à l'ONVS (cf. annexe 4)

Un cadre juridique à vos côtés

Loi du 13 juillet 1983 – Article 11
Devoir de protection de l'administration à l'égard des agents de la collectivité publique

Code de la santé publique – Article L6143-7 (modifié par la loi de janvier 1994)
Compétence du directeur d'établissement vis-à-vis de l'ordre et de la discipline de l'établissement

Loi du 18 mars 2003
Correctionnalisation de toutes les violences commises à l'encontre des personnels de santé

Loi du 5 mars 2007
Articles 44 – 48 et 54 du code pénal
Aggravation des peines

Quelles suites ?

Le suivi constitue l'appui indispensable d'une lutte efficace contre les violences en milieu hospitalier. Il passe par :

- la nécessité de garder le lien avec la victime lors de l'instruction de la plainte,
- l'information de l'établissement par la victime des suites données à la procédure,
- l'analyse de l'événement et l'apport de mesures correctives immédiates et/ou différées au niveau de la cellule de gestion des risques, de la politique de l'établissement, du règlement intérieur de l'établissement,
- la formation et l'information sur la communication en cas de fait de violence,
- la mise en place de groupes de parole.



La violence en établissement de santé ou médico-social

J'assiste un patient victime



Vous êtes personnel d'encadrement : un patient, un proche ou son représentant légal a été victime de violence au sein de votre établissement.

Quelle prise en charge pour la victime ?

De quelle violence parle-t-on ?

Un acte de violence recouvre tout événement, agression, parole, comportement blessant qui porte atteinte :

- à l'intégrité physique et/ou psychique des personnels,
- aux biens des personnels et/ou au bon fonctionnement des services.

L'infraction peut être :

- un crime ou sa tentative (homicide, viol, vol à main armée...),
- un délit ou sa tentative (vol, escroquerie, violence, harcèlement, dégradation...),
- une contravention (insulte, menace...).

Le préjudice peut être :

- physique ou psychique (blessure et, de manière générale, toute atteinte à la santé, à l'intégrité physique ou mentale d'une personne),
- moral (préjudice non économique et non matériel subi par la victime),
- matériel (dégât et dégradation matériels, véhicule brûlé, vêtement déchiré, lunette détériorée...).

Lorsqu'un patient est victime, la prise en charge se fait à plusieurs niveaux :

Clinique

La prise en charge est physique et rapide, voire médicalisée, en vue de l'orientation de la victime selon son état de santé et son choix d'établissement. Un examen médico-légal est alors demandé, les renseignements utiles recueillis, les éléments de preuve conservés, les traces et les indices préservés.

Psychologique et sociale

La prise en charge est immédiate et systématique, selon la procédure formalisée par l'établissement.

Administrative

- vérifier que le dossier patient est renseigné,
- remplir la fiche d'événement indésirable,
- rédiger un rapport circonstancié,
- faire appel à un interprète, si nécessaire,
- informer la victime sur ses droits, via la CRUQ-PC (médiateur médical et non médical) et le défenseur des droits,
- constituer un dossier sinistre par l'établissement.

Juridique

La prise en charge porte sur l'assistance de l'administration pour le dépôt de plainte (cf. annexe 1), et sur l'information de la victime quant à ses droits à indemnisation.

Fiche réflexe 2 > Je fais face à un patient victime

Quelles procédures à mettre en œuvre ?

En tant que représentant de l'encadrement (membre de l'équipe de direction, cadre de proximité, cadre supérieur), vous devez suivre les procédures suivantes.

En cas de procédure judiciaire à mettre en œuvre

- prendre rendez-vous avec les forces de l'ordre le plus rapidement possible (cf. annexe 5)
- garantir le dépôt de plainte par la victime et/ou l'établissement
- respecter l'obligation générale de l'article 40 du code de procédure pénale (cf. annexe 6)

En interne

- assurer les mesures de protection de la victime
- mettre en place une cellule de crise et de communication selon la situation
- prendre une sanction disciplinaire à l'égard de l'auteur du fait de violence si celui-ci est agent de l'établissement (avec renvoi au règlement intérieur, à réévaluer si besoin)
- rédiger un rapport d'imputabilité au service (cf. annexe 2)
- saisir les instances concernées (CHSCT-médecine de santé au travail)

En externe

- diffuser l'information de l'événement à l'ARS (selon le type d'événement)
- adresser une fiche de déclaration à l'ONVS (cf. annexe 4)

Un cadre juridique à vos côtés

Loi du 4 mars 2002
Charte du patient hospitalisé

Circulaire DHOS/E1/DGS/2006/90
du 2 mars 2006
Droits des personnes hospitalisées

Code de la santé publique – Article L.1113-1
Sécurité des biens garantie au sein
des établissements de santé

Code de procédure pénale
Articles 40-4 et 53-1

Quelles suites ?

Le suivi constitue l'appui indispensable d'une lutte efficace contre les violences en milieu hospitalier. Il passe par :

- l'instruction de la plainte : la victime doit informer l'établissement de l'évolution de sa procédure, de manière à garder le lien,
- l'analyse de l'événement et l'apport de mesures correctives immédiates et/ou différées au niveau de la cellule de gestion des risques, de la politique de l'établissement, du règlement intérieur de l'établissement,
- la formation et l'information sur la communication en cas de fait de violence,
- la mise en place de groupes de parole.

	Majeur protégé	Mineur	Personne vulnérable	Personne détenue	Militaire
Personne à prévenir	Tuteur ou curateur	Titulaires de l'autorité parentale	personne de confiance et/ou famille	Etablissement pénitentiaire	Autorité de rattachement ou GN territoriale
Autorité administrative à contacter si besoin		ASE PMI	Structure d'accueil	Etablissement pénitentiaire	Autorité de rattachement ou GN territoriale
Autorité judiciaire à contacter si besoin	Juge des tutelles	Juge pour enfant ou procureur de la République	Procureur de la République selon le cas		

Maquette D005 / COM - Crédits photo : Theodoris - janvier 2012



Direction générale de l'offre de soins

Plus d'informations : www.sante.gouv.fr/onvs



Avec la participation de



Fiche réflexe 2 > Je fais face à un patient victime

La violence en établissement de santé ou médico-social

Je suis un personnel victime



Vous êtes personnel d'un établissement public de santé ou médico-social : vous avez été victime d'un acte de violence.

Quelle prise en charge pour la victime ?

De quelle violence parle-t-on ?

Un acte de violence recouvre tout événement, agression, parole, comportement blessant qui porte atteinte :

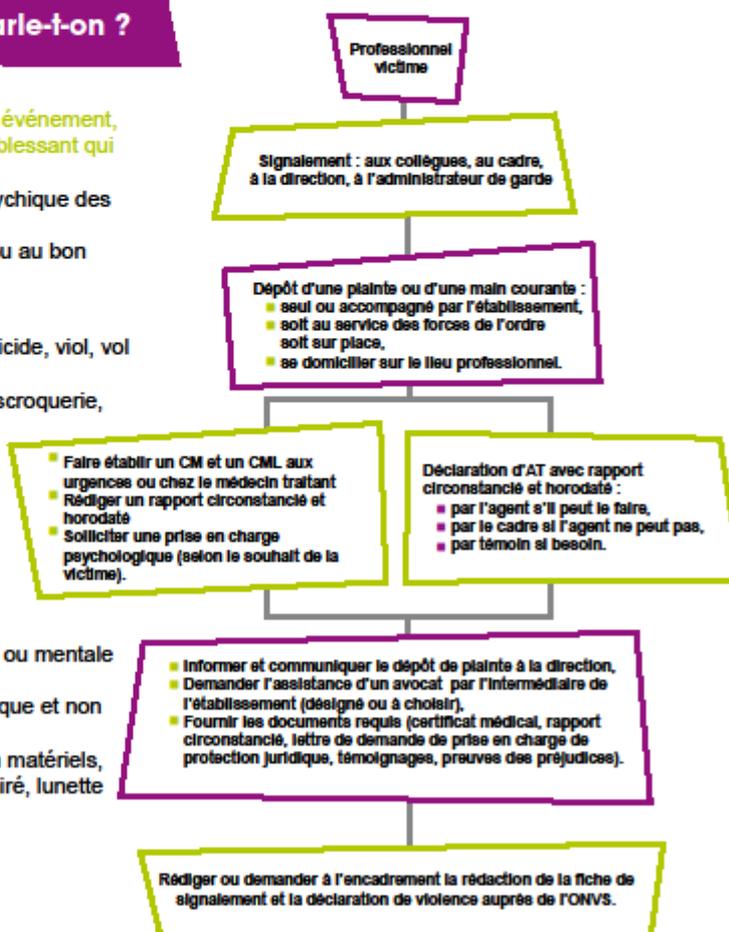
- à l'intégrité physique et/ou psychique des personnels,
- aux biens des personnels et/ou au bon fonctionnement des services.

L'infraction peut être :

- un crime ou sa tentative (homicide, viol, à main armée...),
- un délit ou sa tentative (vol, escroquerie, violence, harcèlement, dégradation...),
- une contravention (insulte, menace...).

Le préjudice peut être :

- physique ou psychique (blessure et, de manière générale, toute atteinte à la santé, à l'intégrité physique ou mentale d'une personne),
- moral (préjudice non économique et non matériel subi par la victime),
- matériel (dégât et dégradation matériels, véhicule brûlé, vêtement déchiré, lunette détériorée...).



Fiche réflexe 3 > Je suis un personnel victime

Quelles suites ?

Le suivi constitue l'appui indispensable d'une lutte efficace contre les violences en milieu hospitalier.

L'agent victime doit systématiquement :

- informer son établissement de toutes les suites procédurales dont il aura connaissance (convocation, factures, etc..)
- transmettre ses informations à son établissement ou à l'avocat mandaté.

L'agent peut solliciter, même plusieurs semaines suivant l'événement :

- une aide, un soutien, un accompagnement social et/ou psychologique,
- sa participation à des groupes de parole,
- une indemnisation de ses préjudices auprès de l'administration de son établissement.

Enfin, l'agent peut solliciter l'indemnisation de ses préjudices auprès de l'administration de son établissement.

Un cadre juridique à vos côtés

Loi du 13 juillet 1983 – Article 11
Devoir de protection de l'administration à l'égard des agents de la collectivité publique

Code de la santé publique – Article L6143-7 (modifié par la loi de janvier 1994)
Compétence du directeur d'établissement vis-à-vis de l'ordre et de la discipline de l'établissement

Loi du 18 mars 2003
Correctionnalisation de toutes les violences commises à l'encontre des personnels de santé

Loi du 5 mars 2007
Articles 44 – 48 et 54 du code pénal
Aggravation des peines

Code de procédure pénale
Articles 40-4 et 53-1

Articles 15-3 du CPP
Obligation de réceptionner la plainte quelque soit le lieu de commission des faits

Mes notes :

Maquette DOOS / COM - Crédits photo : Thibault - janvier 2012



Direction générale de l'offre de soins



Avec la participation de



Plus d'informations : www.sante.gouv.fr/onvs

Fiche réflexe 3 > Je suis un personnel victime

La violence en établissement de santé ou médico-social

Je suis un patient victime



Vous êtes un patient, un proche ou un représentant légal du patient : vous avez été victime de violence au sein d'un établissement de santé.

De quelle violence parle-t-on ?

Un acte de violence recouvre tout événement, agression, parole, comportement blessant qui porte atteinte :

- à l'intégrité physique et/ou psychique des personnels,
- aux biens des personnels et/ou au bon fonctionnement des services.

L'infraction peut être :

- un crime ou sa tentative (homicide, viol, vol à main armée...),
- un délit ou sa tentative (vol, escroquerie, violence, harcèlement, dégradation...),
- une contravention (insulte, menace...).

Le préjudice peut être :

- physique ou psychique (blessure et, de manière générale, toute atteinte à la santé, à l'intégrité physique ou mentale d'une personne),
- moral (préjudice non économique et non matériel subi par la victime),
- matériel (dégât et dégradation matériels, véhicule brûlé, vêtement déchiré, lunette détériorée...).

Un cadre juridique à vos côtés

Loi du 4 mars 2002
Charte du patient hospitalisé

Circulaire DHOS/E1/DGS/2006/90
du 2 mars 2006
Droits des personnes hospitalisées

Code de la santé publique – Article L.1113-1
Sécurité des biens garantie au sein
des établissements de santé

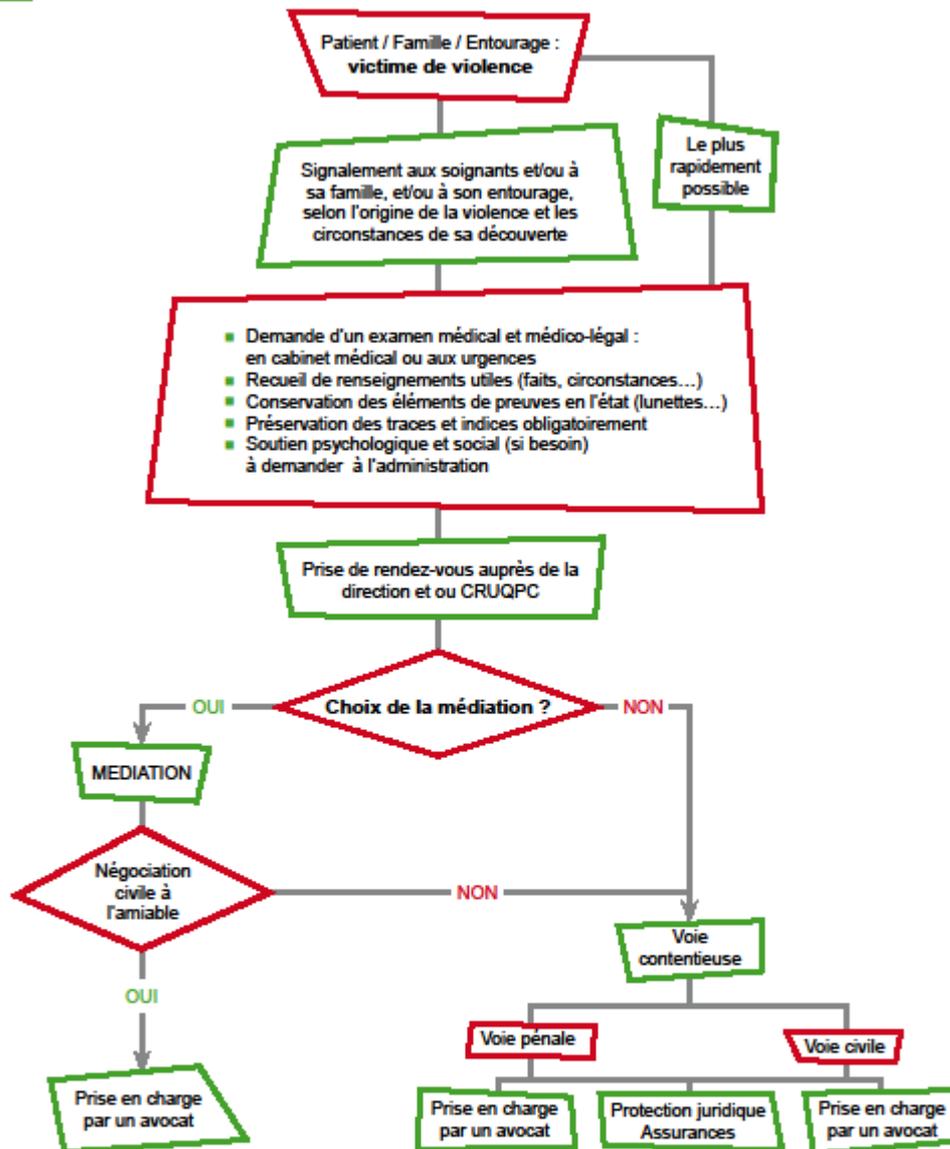
Code de procédure pénale
Articles 40-4 et 53-1

L'article 40-4 a été créé par la loi n°2004-204 du 9 mars 2004. Lorsque la victime souhaite se constituer partie civile et demande la désignation d'un avocat après avoir été informée de ce droit en application du 3° des articles 53-1 et 75, le procureur de la République, avisé par l'officier ou l'agent de police judiciaire, en informe sans délai le bâtonnier de l'ordre des avocats, s'il décide de mettre l'action publique en mouvement. Dans le cas contraire, il indique à la victime, en l'avisant du classement de sa plainte, qu'elle peut directement adresser sa demande de désignation auprès du bâtonnier si elle maintient son intention d'obtenir la réparation de son préjudice.

Articles 15-3 du CPP
Obligation de réceptionner la plainte quelque
soit le lieu de commission des faits

Fiche réflexe 4 > je suis un patient victime

Quelles démarches pour la victime ?



Maquette D003 / COM - Crédits photo : Theodorix - janvier 2012



Direction générale de l'offre de soins



Avec la participation de



Plus d'informations : www.sante.gouv.fr/ovs

Fiche réflexe 4 > Je suis un patient victime

L'échelle de déclaration de l'ONVS

Les atteintes aux personnes

Niveau 1 : Injures, insultes et provocations sans menaces (propos outrageants, à caractère discriminatoire ou sexuel), Consommation ou trafic de substances illicites (stupéfiants) ou prohibées en milieu hospitalier (alcool), Chahuts, occupations des locaux, nuisances, salissures

Niveau 2 : Menaces d'atteinte à l'intégrité physique ou aux biens de la personne, menaces de mort, Port d'armes (découverte d'armes lors d'un inventaire ou remise spontanée ou présence indésirable dans les locaux)

Niveau 3 : Violences volontaires (atteinte à l'intégrité physique, bousculades, crachats, coups), menaces avec arme par nature ou par destination (arme à feu, arme blanche, scalpel, rasoir, tout autre objet dangereux), agression sexuelle

Niveau 4 : Violences avec arme par nature ou par destination (armes blanches, armes à feu, scalpels, rasoir, tout objet dangereux), viol et tout autre fait qualifié de crime (meurtre, violences volontaires entraînant mutilation ou infirmité permanente,...)

Les atteintes aux biens

Niveau 1 : Vols sans effraction, dégradations légères, dégradations de véhicules sur parking intérieur de l'établissement (hors véhicules brûlés), tags, graffitis

Niveau 2 : Vols avec effraction

Niveau 3 : Dégradations ou destruction de matériel de valeur (médical, informatique, imagerie médicale,...), dégradations par incendie volontaire (locaux, véhicules sur parking intérieur de l'établissement), vols à main armée ou en réunion (razzia dans le hall d'accueil,...)

Observatoire pour la [sécurité des médecins](#), synthèse des événements 2014 :

L'Observatoire de la sécurité a été créé en 2003 par le Conseil National de l'Ordre des Médecins afin d'assurer un suivi de l'insécurité à laquelle sont confrontés les médecins dans le cadre de leur exercice professionnel.

Les objectifs de cet observatoire sont de :

- Recueillir les déclarations d'agression des médecins pour évaluer le niveau d'insécurité subie sur le terrain
- Créer et renforcer les coopérations de sensibilisation et de traitement des incidents avec les autorités concernées (Justice, Sécurité intérieure, Police, Gendarmerie, Santé et Collectivités locales)
- Améliorer ainsi prévention et traitement des agressions à l'encontre des médecins et de leurs salariés

Aussi, il diffuse des kits de formation à la prévention des violences dans les départements ainsi que des affichettes sur la prévention des violences (ci-après).

L'Observatoire de la sécurité des médecins 2014* fait état de la persistance d'un niveau élevé de violence à l'égard des médecins : il s'agit du troisième niveau le plus élevé depuis 2003.

L'Ordre des médecins continuera à mettre en œuvre une politique volontaire de prévention qui passe par la diffusion de nombreux supports pédagogiques et par l'animation de réunions de groupe mobilisant près de cent formateurs.

Les médecins généralistes restent les plus touchés puisqu'ils représentent 61% des médecins agressés en 2014. Comme en 2013, les ophtalmologues demeurent les spécialistes les plus exposés (7% des incidents), suivis par les dermatologues (4%) et les gynécologues-obstétriciens (3%).

Sur le territoire, les départements où le plus d'incidents ont été recensés sont le Nord (7% des incidents), les Bouches-du-Rhône (5%) et l'Isère (4%).

Les incidents dans les départements d'Ile-de-France restent élevés mais enregistrent une baisse par rapport à 2013 (-25%).

A souligner, six incidents sur dix se sont produits en centre-ville tandis que 22% des incidents ont eu lieu en banlieue, un chiffre qui diminue de manière continue depuis 2008. Le milieu rural reste le plus préservé avec seulement 14% des incidents déclarés.

Par ailleurs, les agressions verbales et menaces sont moins nombreuses que l'année précédente mais restent les plus courantes (dans 65% des cas). Les agressions physiques restent au même niveau qu'en 2013, elles concernent un incident sur dix.

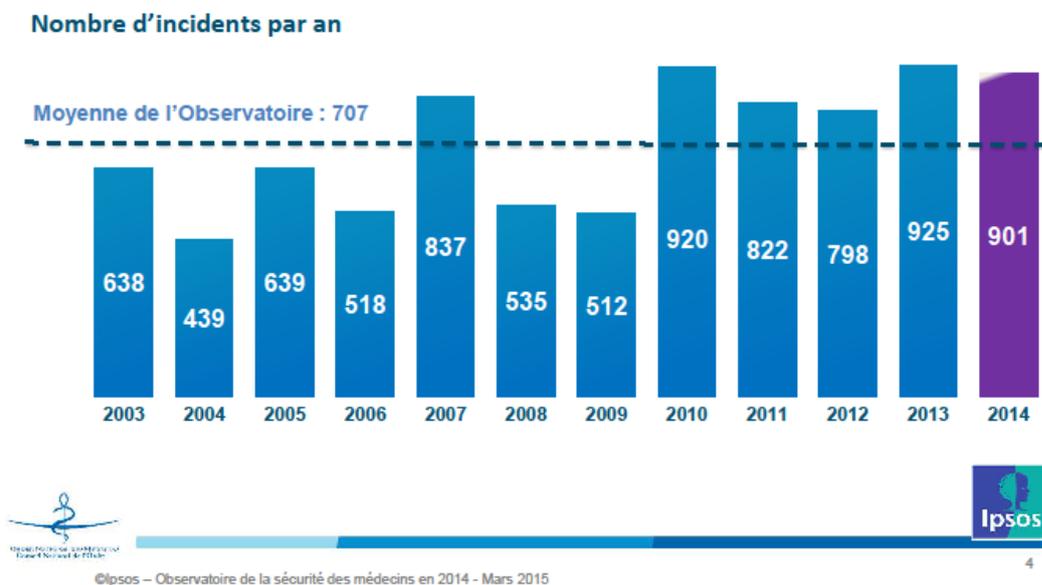
En outre, les principaux « motifs » des incidents sont le reproche relatif à une prise en charge (30% des incidents), mais aussi le vol ou la tentative de vol (20%) et le refus de prescription (14%).

Concernant le taux de plaintes déposées, l'important dispositif de sensibilisation mis en place par l'Ordre des médecins commence à porter ses fruits puisque les médecins portent de plus en plus plainte à la suite d'un incident. Ainsi, les dépôts de plaintes sont en progression de 3% en 2014.

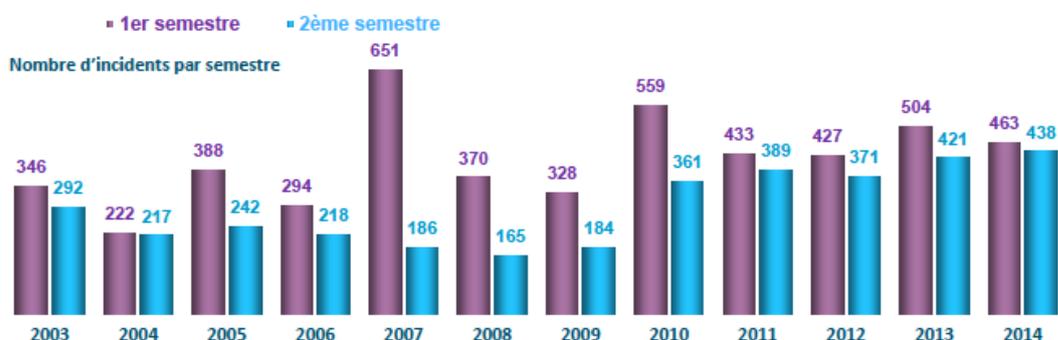
Cependant, alors que près d'une agression sur deux reste toujours sans suite légale, l'Ordre des médecins réaffirme la nécessité pour les médecins de porter plainte lorsqu'ils sont victimes d'agression afin de permettre une meilleure prise en charge et un meilleur accompagnement.

L'Ordre des médecins souhaite enfin rappeler que la sécurité est une de ses principales priorités. Dans ce cadre, l'Ordre a mis en place des mesures concrètes comme le numéro d'accès direct à la cellule de sécurité départementale réservé aux médecins ou encore la désignation d'un référent ordinal sécurité au sein des services de la police et de la gendarmerie.

Un nombre d'incidents toujours très élevé...



... en particulier au 2nd semestre 2014



Taux de « victimation » constaté par année (en %)

Année	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Taux	0,32	0,23	0,31	0,25	0,40	0,26	0,25	0,46	0,41	0,40	0,46	0,45



2014

- Population de référence : 198 760 médecins en activité régulière
- Source : CNOM



©Ipsos – Observatoire de la sécurité des médecins en 2014 - Mars 2015

5

Les départements les plus touchés, plutôt populaires...

Départements les plus concernés (en nombre d'incidents)

DEPARTEMENTS	2013	2014
Nord	48	63
Bouches-du-Rhône	34	41
Isère	32	38
Seine-Saint-Denis	45	35
Loire	37	32
Rhône	29	32
Var	17	29
Val-d'Oise	36	29
Paris	40	27
Calvados	9	23
Seine-Maritime	29	23
Dom Tom	16	22
Gard	17	21
Haute-Garonne	17	21
Vaucluse	10	21
Moselle	15	19
Haute-Vienne	5	19
Haute-Savoie	13	17
Seine-et-Marne	16	17

DEPARTEMENTS	2013	2014
Yvelines	23	17
Hauts-de-Seine	22	17
Loiret	18	15
Val-de-Marne	25	15
Alpes-Maritimes	19	14
Hérault	18	12
Tarn-et-Garonne	2	12
Côtes-d'Armor	2	11
Loire-Atlantique	16	11
Maine-et-Loire	2	11
Meurthe-et-Moselle	2	11
Côte-d'Or	11	10
Dordogne	11	10
Essonne	16	10
Indre-et-Loire	8	9
Pas-de-Calais	2	9
Tarn	6	9
Finistère	9	8
Pyrénées-Atlantiques	-	8



©Ipsos – Observatoire de la sécurité des médecins en 2014 - Mars 2015



6

... mais l'ensemble de la France est concernée

Départements les plus concernés (en taux de victimation)

DEPARTEMENTS	2014
Tarn-et-Garonne	2,0%
Meuse	1,9%
Loire	1,4%
Haute-Vienne	1,4%
Vaucluse	1,2%
Dordogne	1,1%
Cher	1,1%
Calvados	1,0%
Gard	1,0%
Isère	1,0%
Val-d'Oise	1,0%
Loiret	1,0%
Seine-Saint-Denis	0,9%
Var	0,9%
Haute-Savoie	0,8%
Tarn	0,8%
Charente	0,8%
Nord	0,8%

DEPARTEMENTS	2014
Côtes-d'Armor	0,7%
Deux-Sèvres	0,7%
Moselle	0,7%
Ardèche	0,7%
Seine-Maritime	0,6%
Seine-et-Marne	0,6%
Savoie	0,6%
Côte-d'Or	0,5%
Hautes-Pyrénées	0,5%
Bouches-du-Rhône	0,5%
Ariège	0,5%
Maine-et-Loire	0,5%
Somme	0,5%
Corrèze	0,5%
Indre	0,5%
Rhône	0,5%
Aube	0,5%
Indre-et-Loire	0,4%



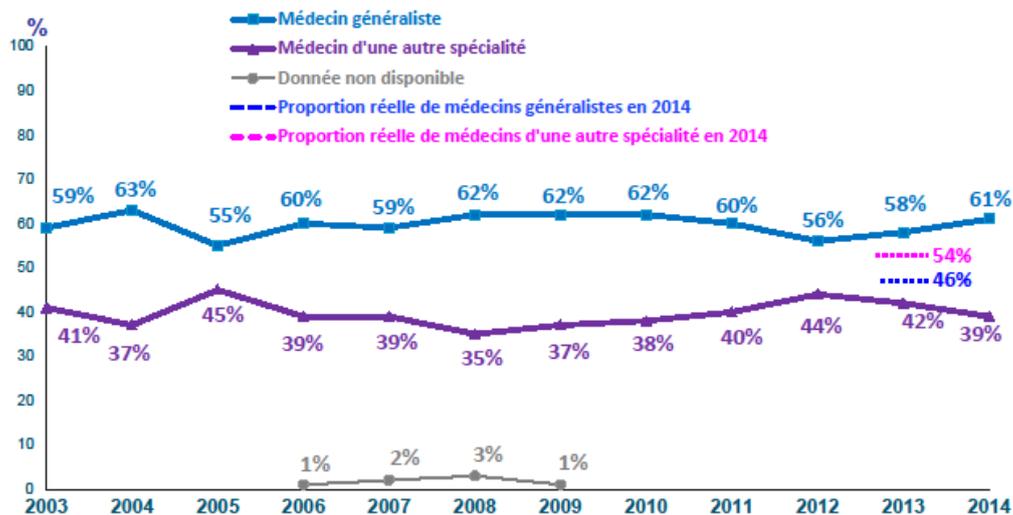
©Ipsos – Observatoire de la sécurité des médecins en 2014 - Mars 2015



7

Les généralistes, surreprésentés parmi les victimes...

Question : Etes-vous... ?



©Ipsos – Observatoire de la sécurité des médecins en 2014 - Mars 2015



8

... de même que certaines spécialités

Nombre d'incidents par spécialité (autre que généraliste)

2013	Effectifs	%	2014	Effectifs	%
Ophthalmologue	66	7%	Ophthalmologue	64	7%
Psychiatre	35	4%	Dermatologue	36	4%
Gynécologue/ Obstétricien	29	3%	Gynécologue/ Obstétricien	29	3%
Dermatologue	24	3%	Rhumatologue	26	3%
Médecin du travail	21	2%	Psychiatre	24	3%
Pédiatre	20	2%	Médecin du travail	20	2%
Chirurgien	15	2%	Pédiatre	19	2%
Urgentiste	14	2%	Urgentiste	12	1%
Orthopédiste	12	1%	Cardiologue	10	1%



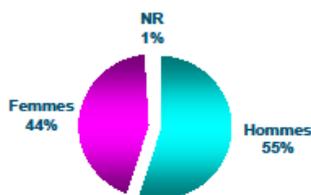
©Ipsos – Observatoire de la sécurité des médecins en 2014 - Mars 2015

9

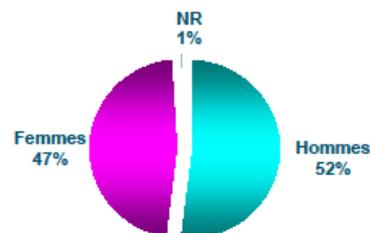
Les femmes, légèrement surreprésentées parmi les victimes

Question : Etes-vous... ?

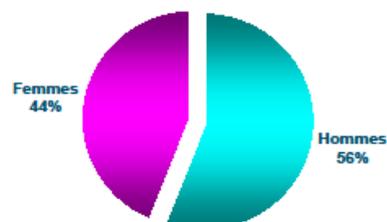
Médecins victimes 2013



Médecins victimes 2014



Structure de la population de référence (2014)

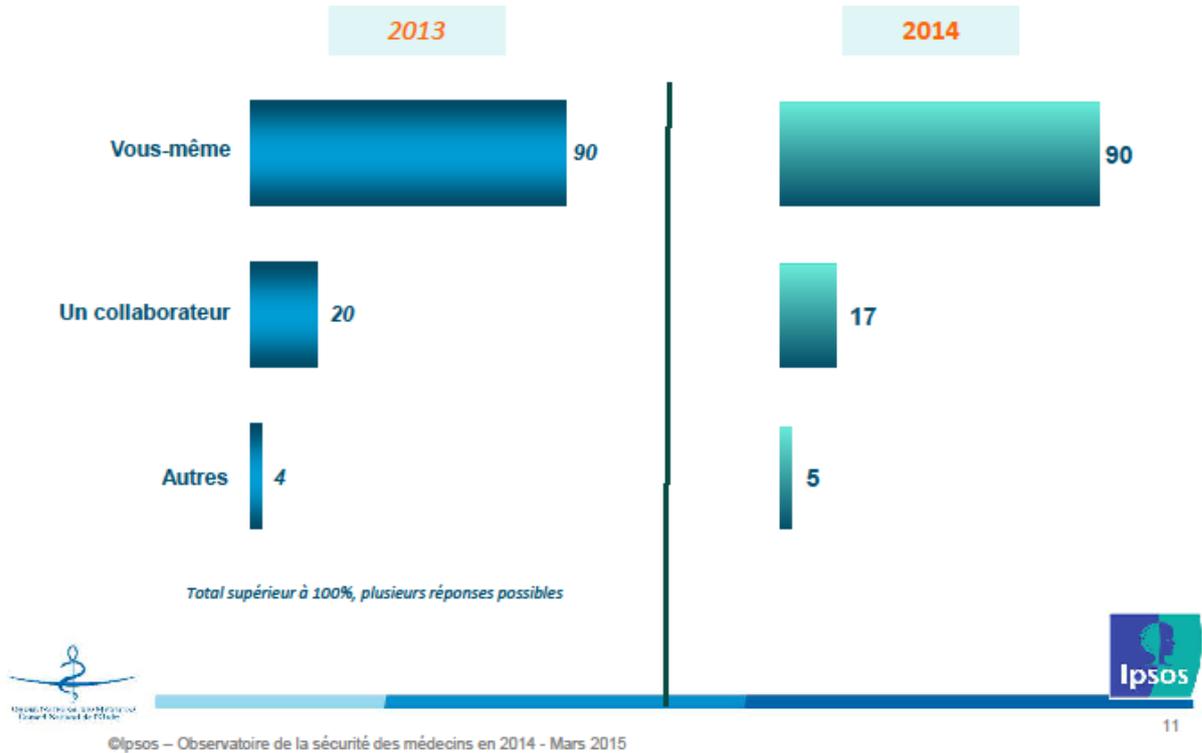


©Ipsos – Observatoire de la sécurité des médecins en 2014 - Mars 2015

10

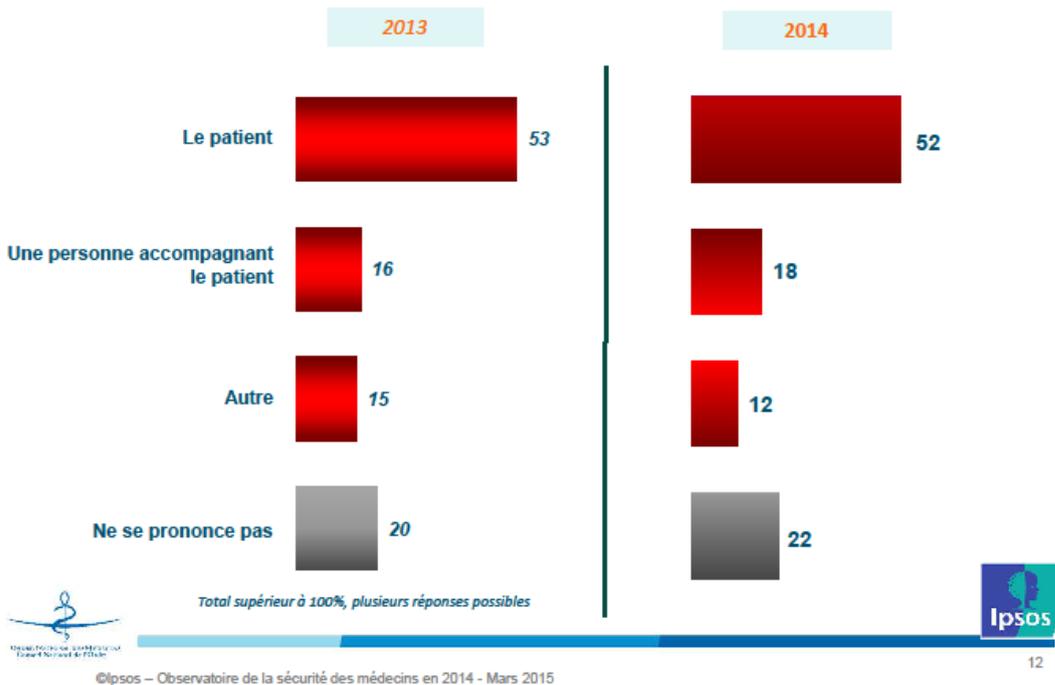
Le médecin, victime la plus fréquente de l'incident

Question : Qui est la victime de l'incident ?



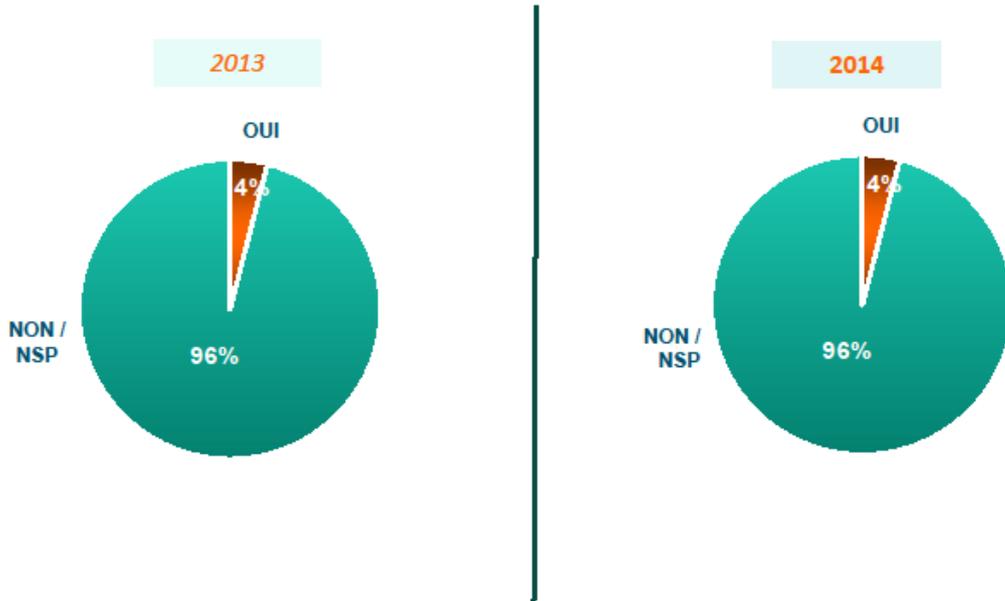
Et le patient, principal agresseur

Question : Qui est l'agresseur ?



L'utilisation d'une arme reste rare

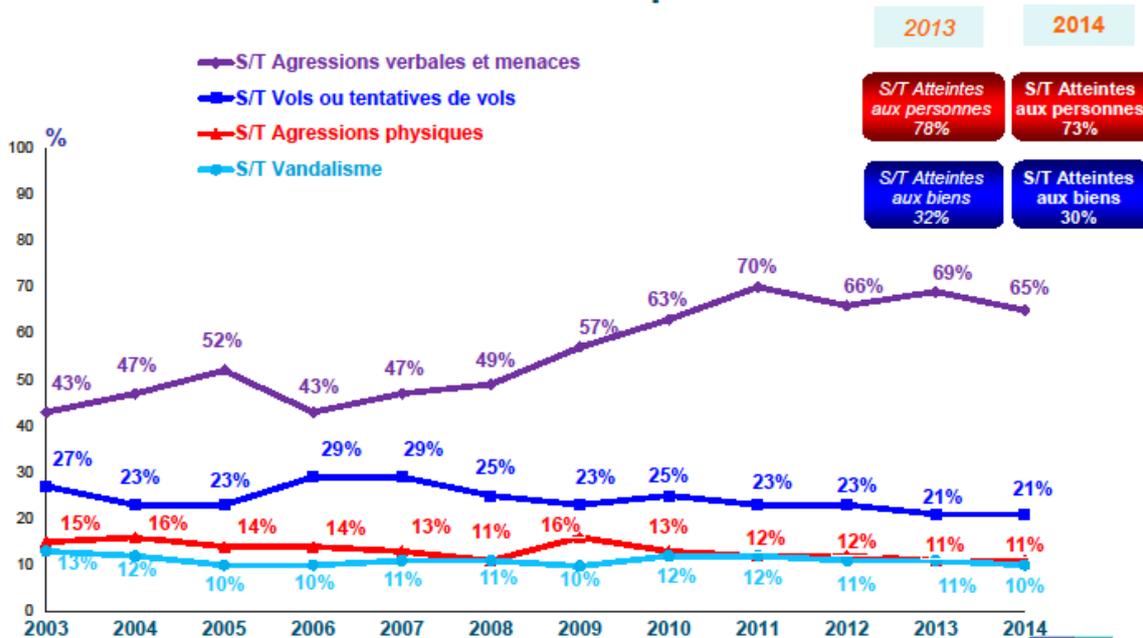
Question : (L'agresseur) a-t-il utilisé une arme ?



©Ipsos – Observatoire de la sécurité des médecins en 2014 - Mars 2015

13

Les agressions verbales et menaces régressent mais restent très fréquentes



Total supérieur à 100, plusieurs réponses possibles



©Ipsos – Observatoire de la sécurité des médecins en 2014 - Mars 2015

14

Des « motifs » des incidents récurrents

Question : Quel est le motif de l'incident ?

	2013	2014
Un reproche relatif à une prise en charge	33%	30%
Le vol	17%	20%
Un refus de prescription (médicament, arrêt de travail...)	16%	14%
Un temps d'attente jugé excessif	11%	9%
Falsification de document (ordonnance, certificat,...)	3%	5%
Délai de rendez-vous trop loin	1%	2%
Venu sans rendez-vous / voulait une consultation sans RV	2%	2%
Refus de payer la consultation	1%	2%
Retard du patient	1%	2%
Problèmes de papiers / de documents non conformes	1%	1%
Etat psychiatrique / Pathologie mentale	1%	1%
Refus de donner un rendez-vous	<1%	1%
Décision médicale contestée	<1%	1%
Refus de se faire soigner	<1%	1%
Refus de donner des informations sur un membre de sa famille	<1%	1%
Incivilités dans la salle d'attente (parle trop fort, fait du bruit,...)	<1%	1%

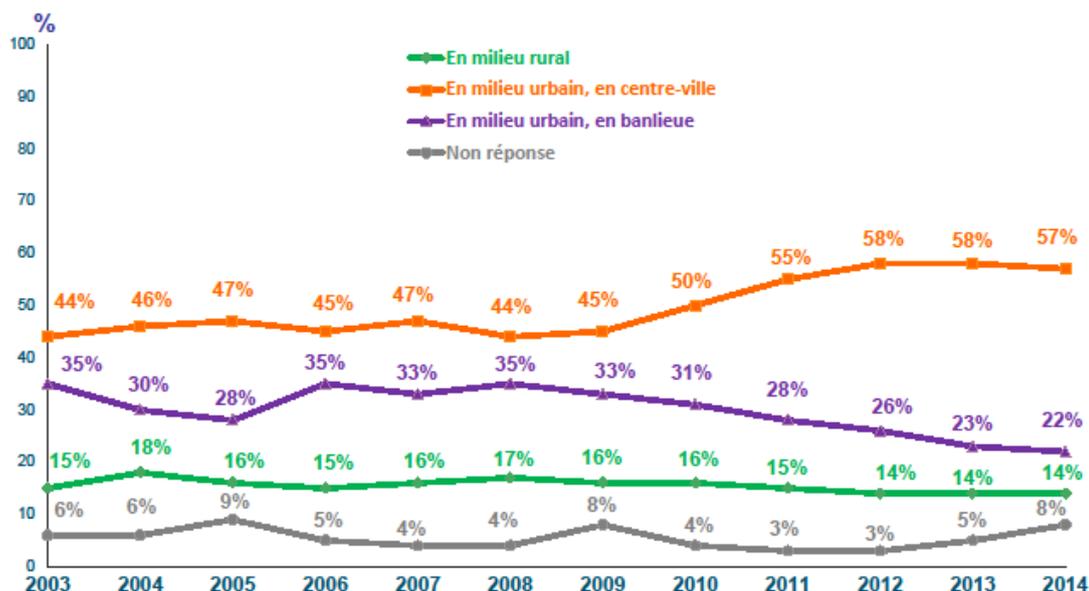


©Ipsos – Observatoire de la sécurité des médecins en 2014 - Mars 2015

16

Les centres-villes, toujours aussi concernés

Question : L'incident a eu lieu... ?



Jusqu'en 2009, la question posée était « Vous exercez principalement...? ». Total supérieur à 100, certains médecins ayant coché plusieurs réponses



©Ipsos – Observatoire de la sécurité des médecins en 2014 - Mars 2015

17

... et notamment dans les cabinets médicaux

Question : Cet incident a eu lieu...?	2013	2014
Dans le cadre d'un exercice de médecine de ville	75%	83%
S/T Au cabinet	58%	67%
S/T Ailleurs	17%	16%
Dont au domicile du patient	2%	4%
Dont par téléphone	4%	3%
Dont dans la rue, sur la voie publique	3%	2%
Dans le cadre d'une activité en établissement de soins	20%	11%
S/T Etablissement public	8%	6%
S/T Etablissement privé	10%	3%
S/T Ailleurs	2%	2%
 Dont 2% dans les urgences Dont 2% dans les urgences		
Autre cadre (service de médecine de prévention ou de contrôle)	3%	3%
Dont médecine du travail	2%	2%

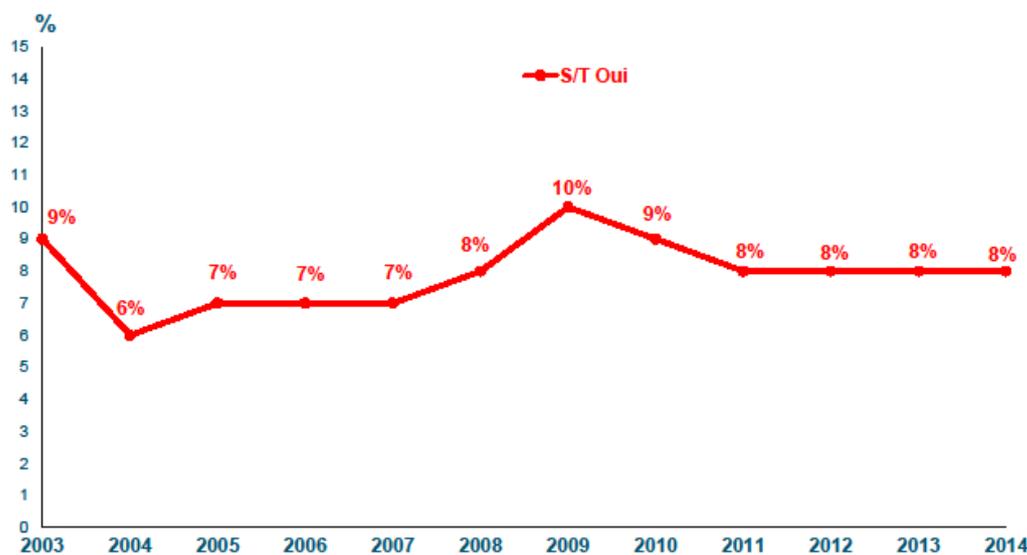


©Ipsos – Observatoire de la sécurité des médecins en 2014 - Mars 2015

19

De nombreux incidents donnant lieu à une IT

Question : Cet incident a-t-il occasionné une interruption de travail?

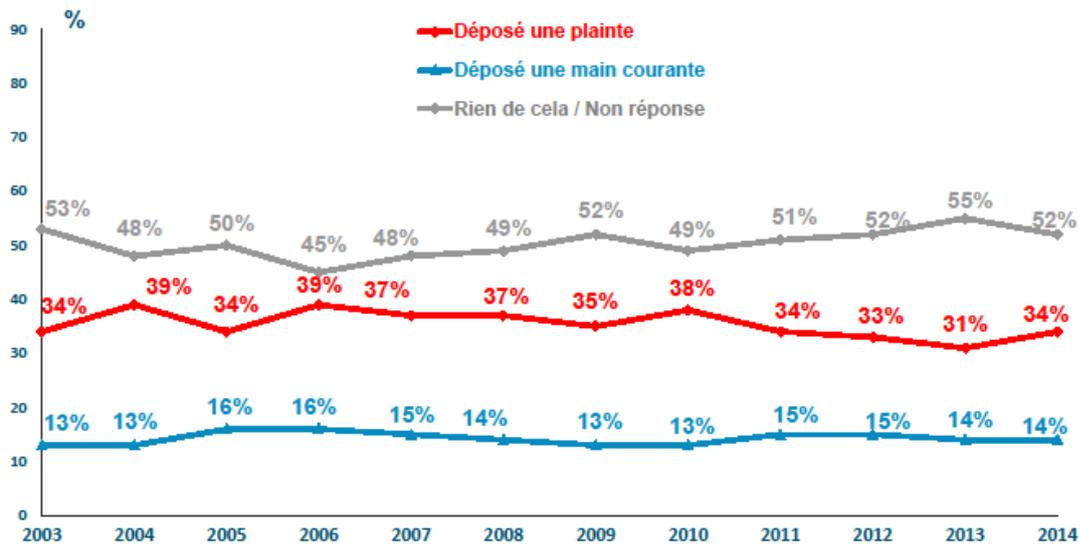


©Ipsos – Observatoire de la sécurité des médecins en 2014 - Mars 2015

20

Peu de suites légales aux incidents

Question : A la suite de cet incident, avez-vous...?



©Ipsos – Observatoire de la sécurité des médecins en 2014 - Mars 2015

21

POUR UNE RELATION PATIENT - MÉDECIN EN TOUTE CONFIANCE



ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS
Conseil National de l'Ordre

Si votre médecin est informé d'un retard, il peut mieux gérer les consultations de l'ensemble des autres patients.

Pensez à prévenir votre médecin en cas de retard ou d'empêchement.

Examiner deux personnes prend plus de temps que de n'en examiner qu'une seule.

Pensez à informer votre médecin du nombre de personnes devant consulter.

Moins votre médecin consacre de temps à l'administratif, plus il consacre de temps à votre santé.

Pensez à préparer votre consultation : apportez votre dossier médical (radios, résultats de laboratoire, anciennes ordonnances, lettres...), votre carte vitale mise à jour, votre attestation de prise en charge (CMU-C, AMÉ, ACS) ...

La délivrance d'un document médical nécessite un examen, donc une consultation.

Pensez à prendre rendez-vous. L'examen est nécessaire à la rédaction d'un certificat médical, d'une prescription, d'un arrêt de travail, d'une prise en charge de transport... Votre médecin peut ne pas être autorisé à établir le document que vous demandez.

Un dossier médical est un document strictement personnel.

Votre dossier ne peut être remis à une personne autre que vous, sauf disposition légale particulière.

www.conseil-national.medecin.fr

Observatoire de la [sécurité des pharmaciens](#), synthèse des événements 2014 :

L'Ordre national des pharmaciens est l'institution qui regroupe tous les pharmaciens exerçant leur art en France Métropole ou dans les départements et collectivités d'Outre-mer.

Il est chargé par la loi de remplir des missions de service public. Ces missions fixées par le Code de la santé publique sont :

- d'assurer le respect des devoirs professionnels
- d'assurer la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession
- de veiller à la compétence des pharmaciens
- de contribuer à promouvoir la santé publique et la qualité des soins, notamment la sécurité des actes professionnels

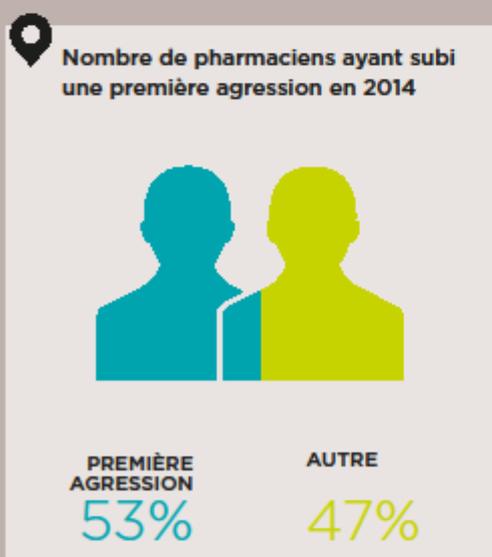
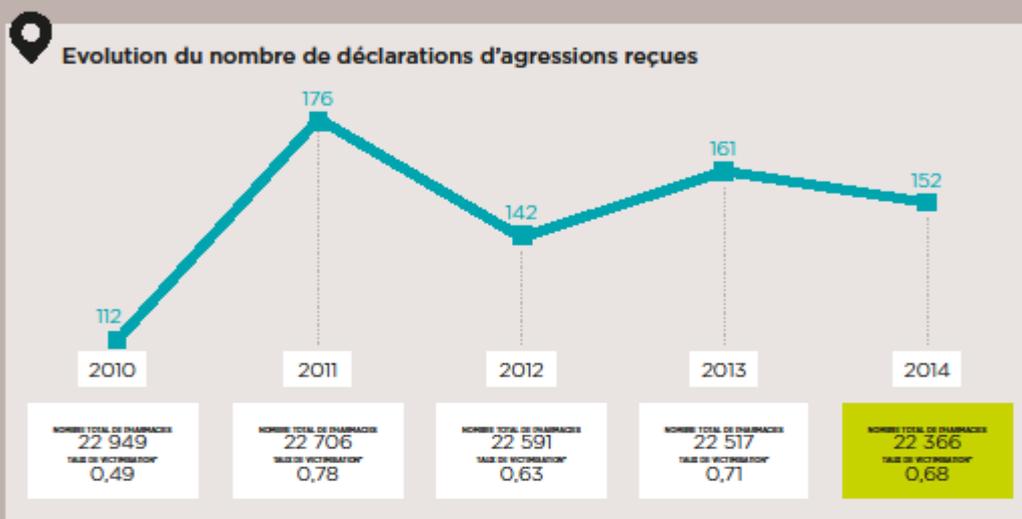
L'Ordre des Pharmaciens regroupe plus de 74.000 professionnels en exercice.

L'Ordre comporte 7 sections regroupant les pharmaciens en fonction de leur activité : la section A réunit les titulaires d'officine, la B les pharmaciens fabricants ou exploitants, la C les pharmaciens de la distribution en gros, la D les pharmaciens adjoints d'officine, la E les pharmaciens des D.O.M et collectivités d'Outre-Mer, la G les pharmaciens biologistes et la H les pharmaciens hospitaliers.

Le Conseil national de l'Ordre des pharmaciens est le défenseur de la légalité et de la moralité professionnelle.

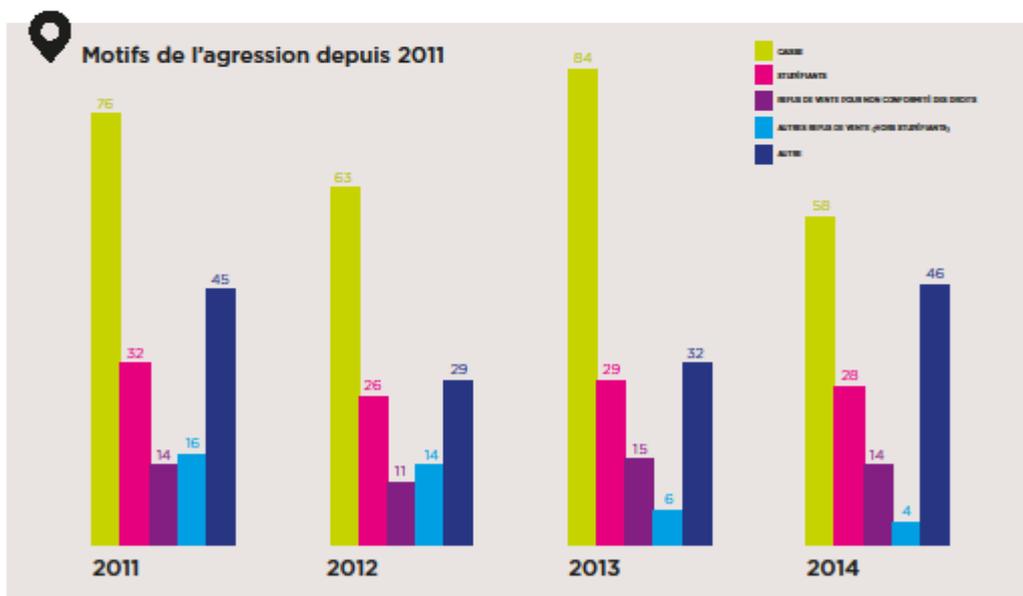
Cette nouvelle édition des statistiques porte sur les agressions subies au sein des pharmacies d'officine en 2014. Elle ne comporte que les agressions déclarées à l'Ordre et n'ont de fait d'autre valeur que celle d'échantillon en raison des non déclarations. Comme cela avait été constaté dans les études réalisées au sein des établissements de santé, il convient de prendre avec précaution les données brutes : le nombre de déclarations ne reflète pas la dangerosité d'un lieu ou d'une ville, mais plutôt le nombre de fois où les professionnels ont tenu à signaler un problème.

EN CHIFFRES



1. LES AGRESSIONS SUR LES PERSONNES

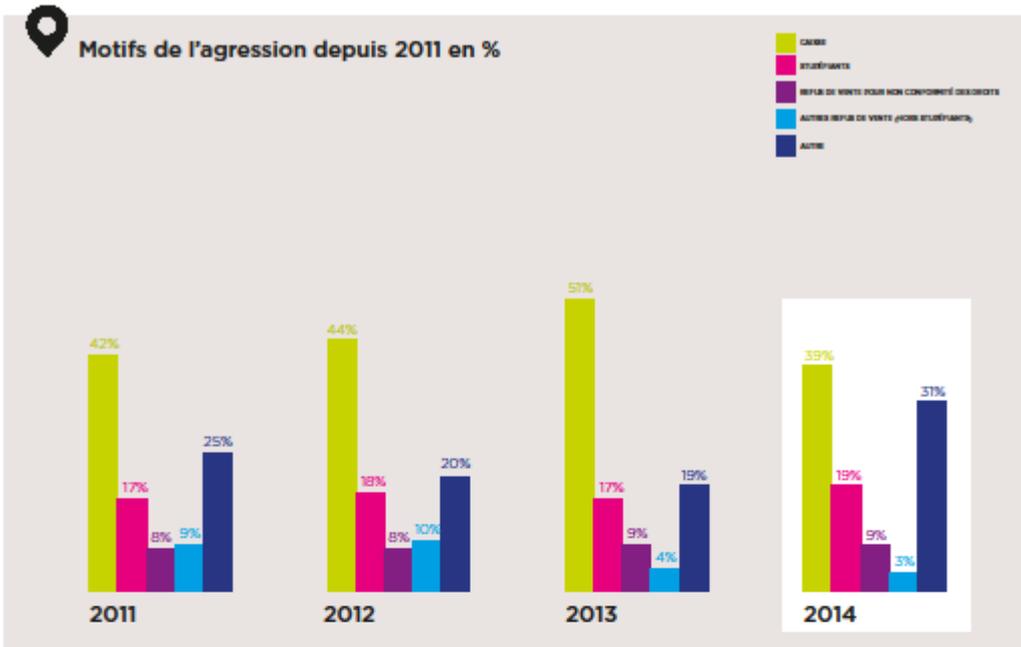
1.1 CLASSEMENT PAR MOTIFS DE L'AGRESSION



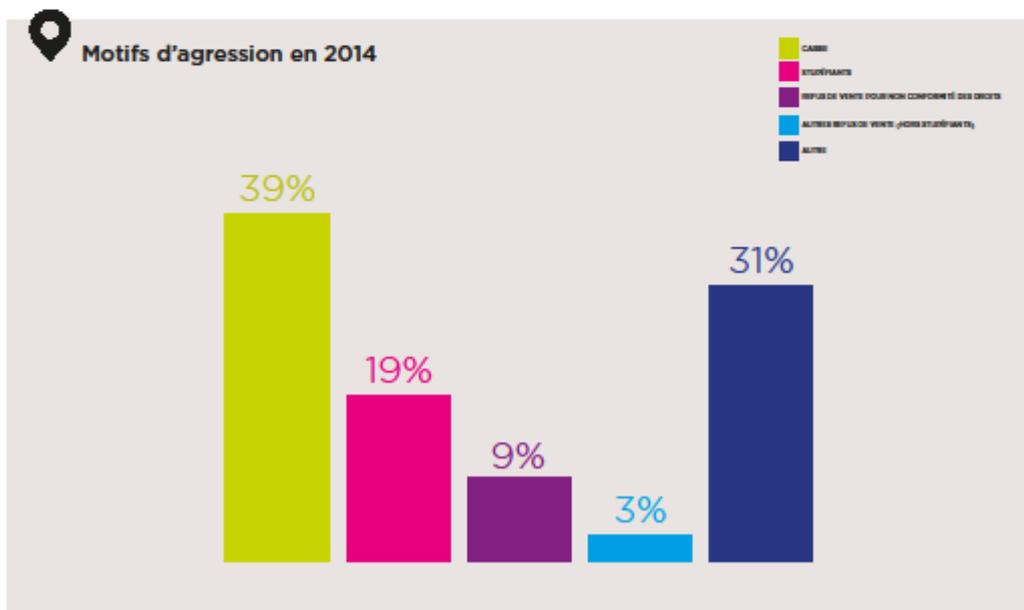
Alors que l'exercice officinal se caractérise très largement par un fonctionnement financier dématérialisé dont il résulte de faibles sommes d'espèces monétaires en caisse, la réalité demeure relativement méconnue des malfrats.

En effet, dans un contexte où la recherche de numéraire est souvent la motivation première des agressions de pharmaciens, l'on constate que les agressions liées au vol de la caisse restent le premier motif déclaré (+ 39%).

5

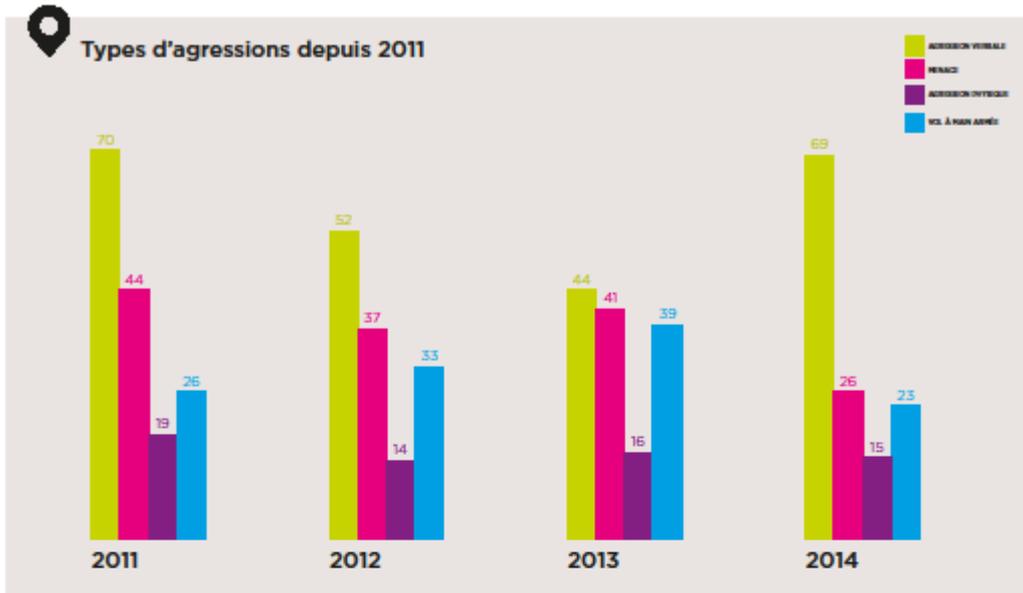


La part des agressions déclarées liées à un vol (ou tentative de vol) baisse mécaniquement après la forte hausse de 2013. Cette baisse reste à relativiser en raison de la hausse des autres motifs (+12 points vs 2013).

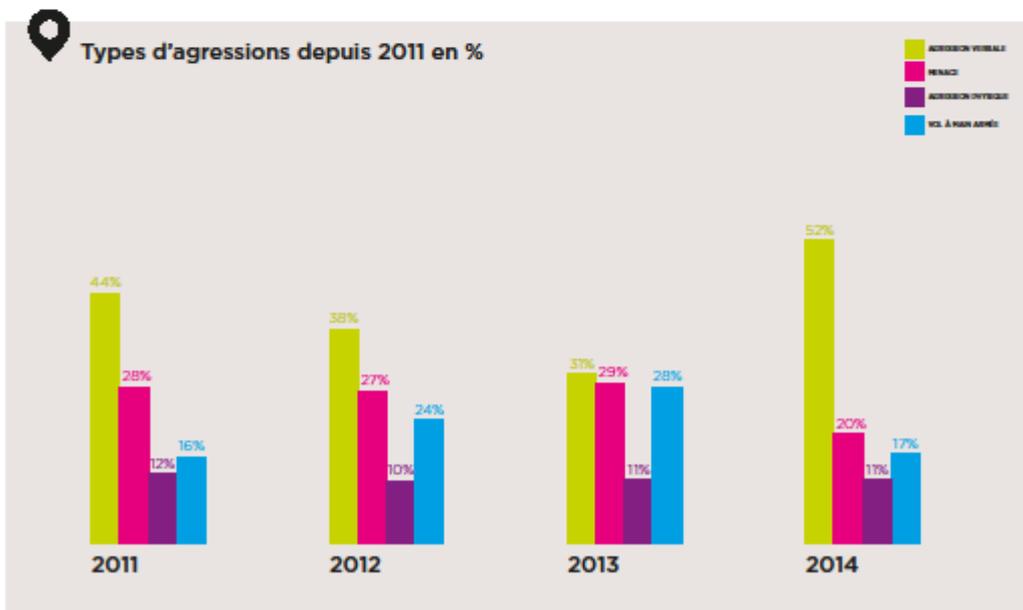


6

1.2 ANALYSE PAR TYPES D'AGRESSION



En proportion du nombre de déclarations reçues, on constate une forte reprise du nombre d'agressions verbales (+57% par rapport à 2013).



7



Types d'agression en 2014



AGRESSION
VERBALE
52%



MENACE
20%



AGRESSION
PHYSIQUE
11%



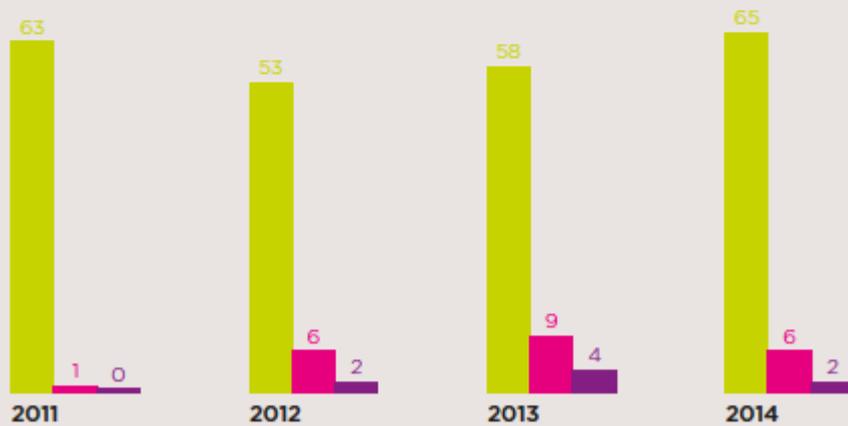
VOL À MAIN
ARMÉE
17%

1.3 CONSÉQUENCES PHYSIQUES ET/OU PSYCHIQUES DES AGRESSIONS



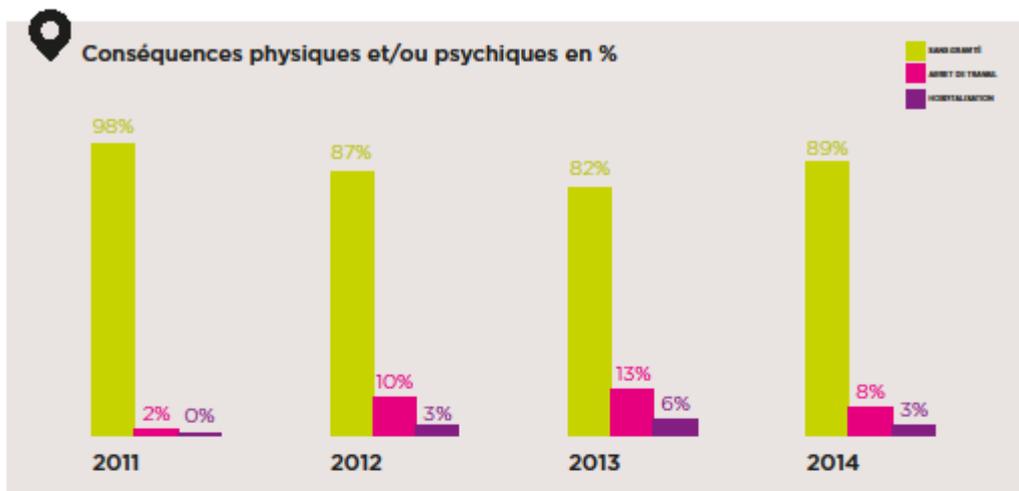
Conséquences physiques et/ou psychiques

■ SANS GRAVITÉ
■ ARRÊT DE TRAVAIL
■ HOSPITALISATION



L'analyse des déclarations reçues révèle qu'elles sont heureusement la majeure partie du temps sans gravité sur le plan physique. On doit toutefois déplorer que certaines agressions très violentes conduisent les victimes à l'hospitalisation.

8

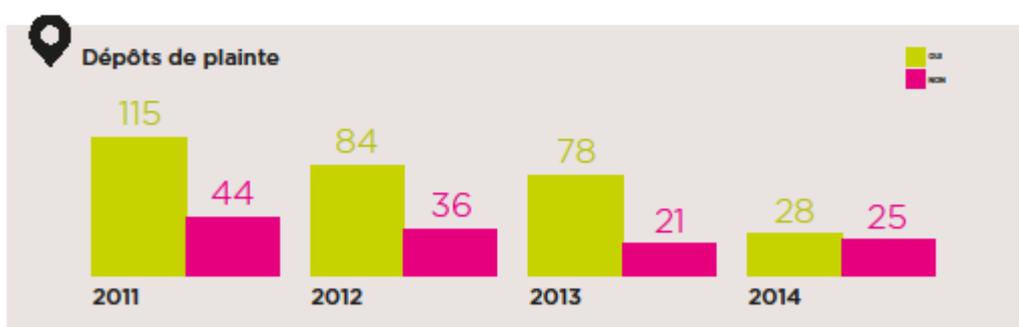


Si la quasi-totalité des agressions étaient considérées comme sans gravité en 2011, la part des agressions déclarées entraînant un arrêt de travail et/ou une hospitalisation augmente de 9 points en 3 ans et se stabilise au-dessus des 10% en 2014. En outre, la part des agressions considérées comme sans gravité doit être analysée à la lumière de deux éléments :

- D'une part, la plainte n'est pas nécessairement déposée par la personne qui en a été la victime.

- D'autre part, - et cela est mentionné dans un certain nombre de déclarations - lors de la déclaration de la plainte, il est difficile d'évaluer les conséquences psychiques à long terme. Celles-ci peuvent être minimisées dans un premier temps par le déclarant, et ne se manifester que plus tard. Or, lorsqu'elles surviennent, il n'y a pas de déclaration « complémentaire » permettant de mesurer le phénomène.

1.4 LES DÉPÔTS DE PLAINE



On déplore une baisse des dépôts de plainte pour 2014. L'ensemble des pharmaciens agressés ne dépose pas plainte, ce qui ne permet pas la prise en compte de l'insécurité locale par les forces de sécurité qui sont chargées d'en dresser la cartographie.

2. LES AGRESSIONS PAR TYPES DE LOCAUX ET DE LOCALISATION DES OFFICINES

2.1 TAILLE DE LA VILLE OÙ SE SITUE L'OFFICINE

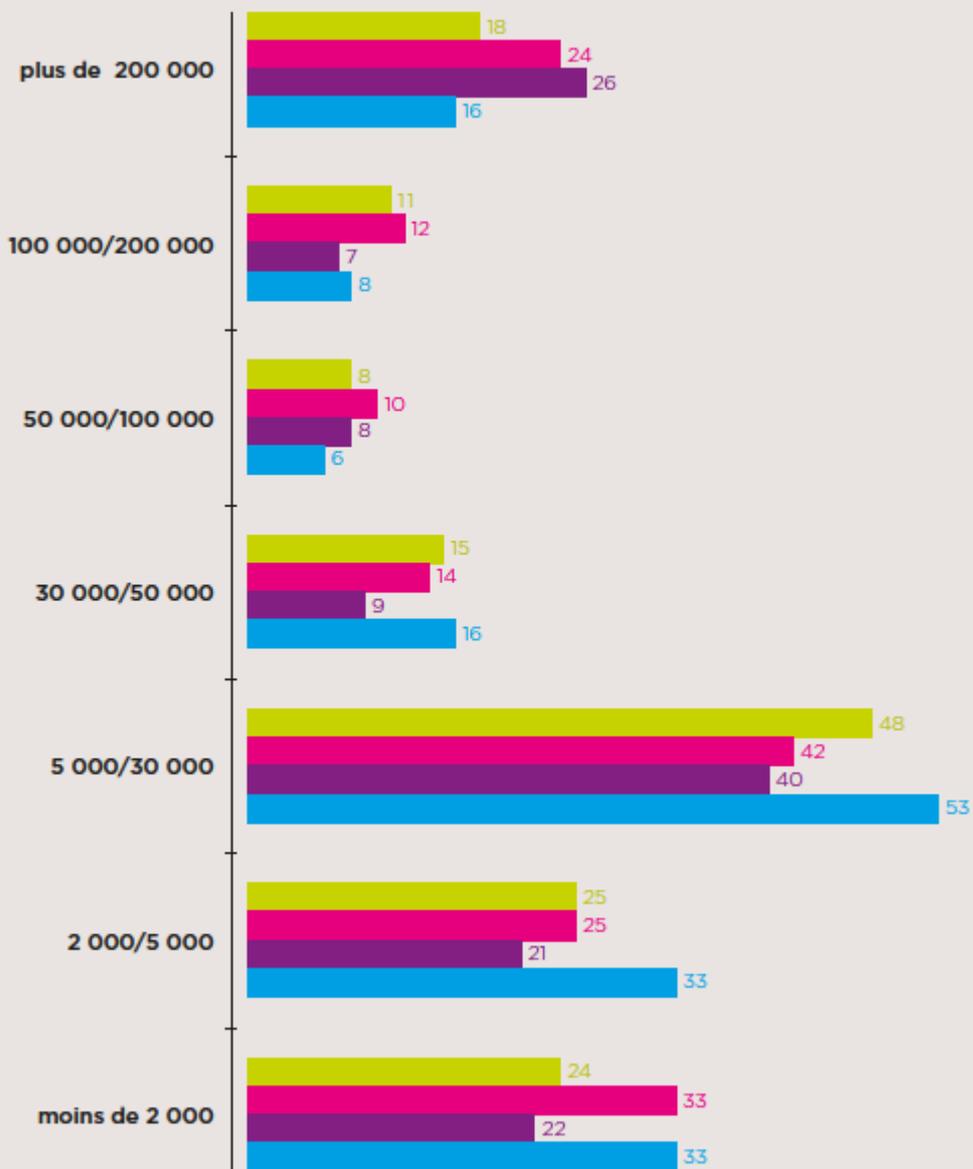
Les officines des villes de 5 000 à 30 000 habitants sont statistiquement les plus concernées par les agressions dans les pharmacies. Les pharmacies rurales ne sont pas épargnées. En particulier, les données collectées par les forces de sécurité, témoignent d'une inquiétante augmentation des « raz-

zias » rurales, effectuées sur une courte période par un même groupe d'individus et à l'échelle d'un ou plusieurs arrondissements départementaux.

10

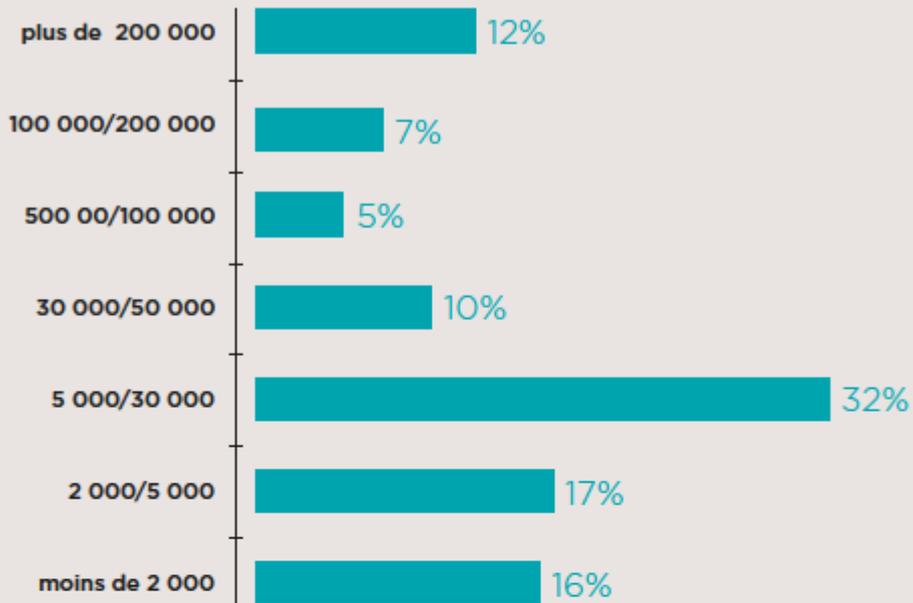


Nombre d'agressions par nombre d'habitants de la ville





Répartition des agressions déclarées par nombre d'habitants de la ville en 2014



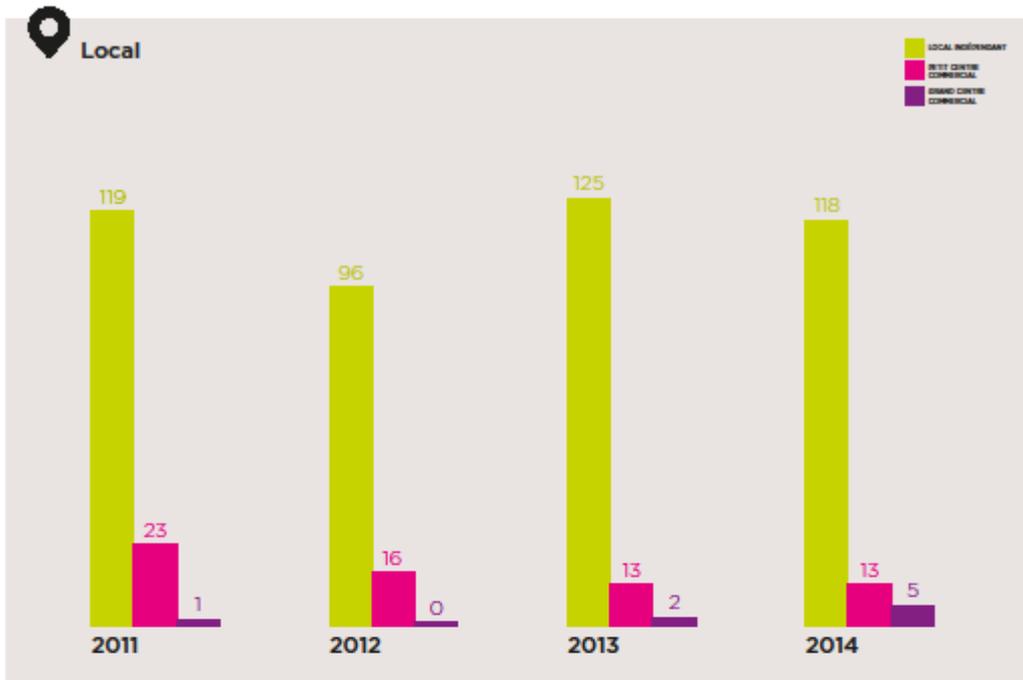
Les agressions déclarées l'ont été majoritairement dans les villes de moins de 30 000 habitants.

2.2 IMPLANTATION DU LOCAL AU SEIN DE LA VILLE

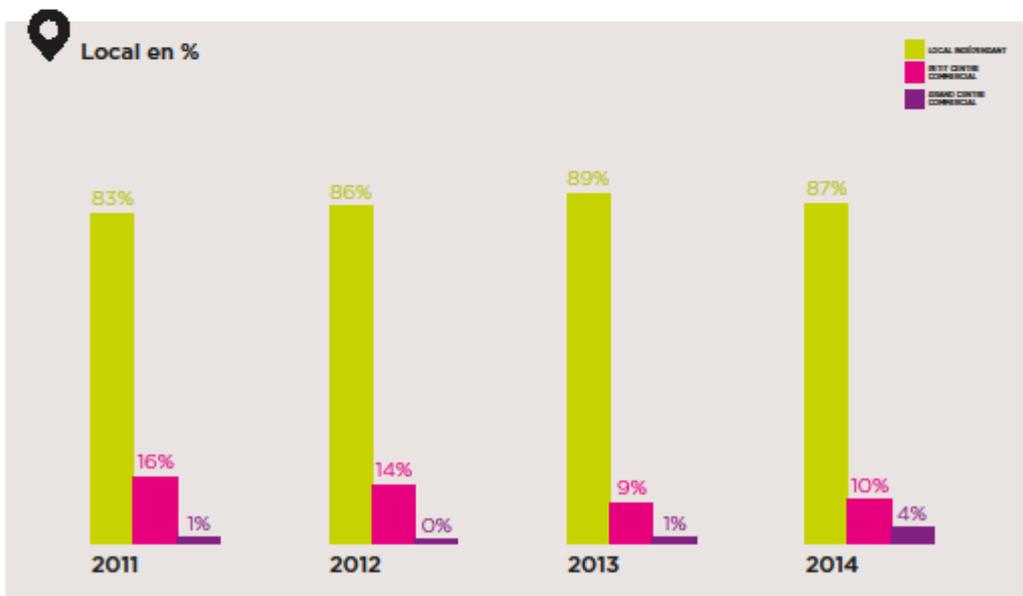


Implantation du local en 2014

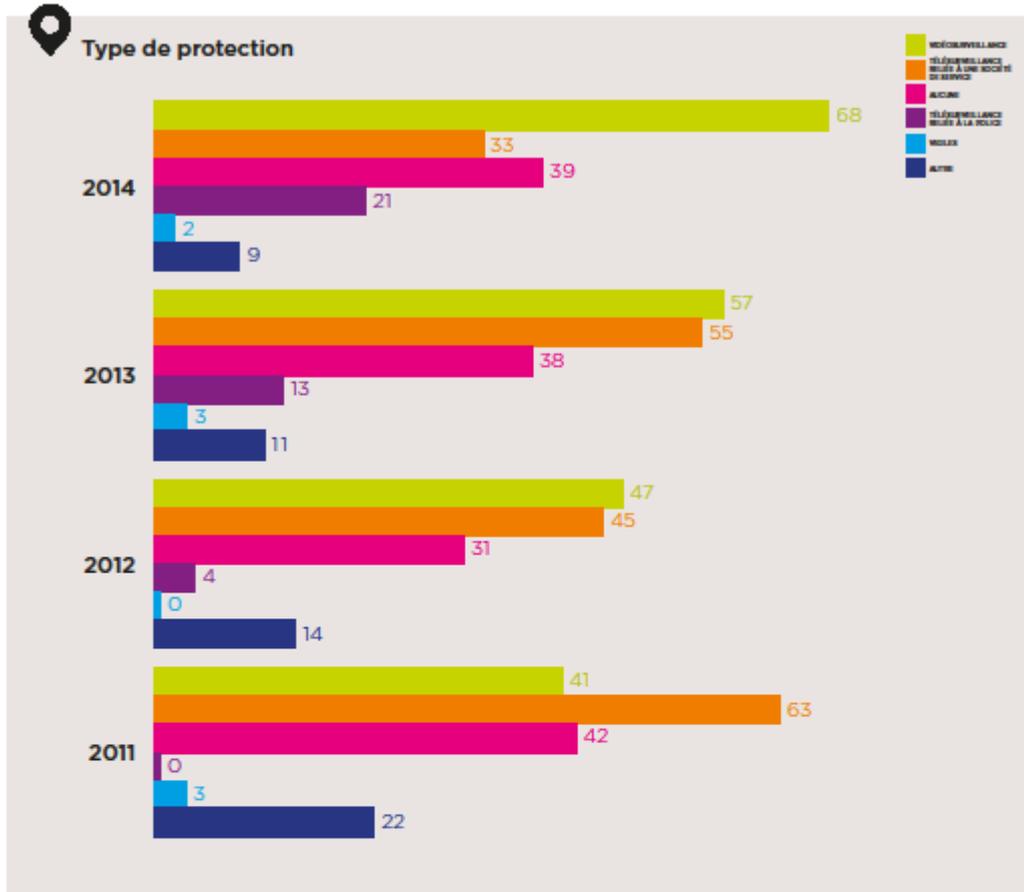




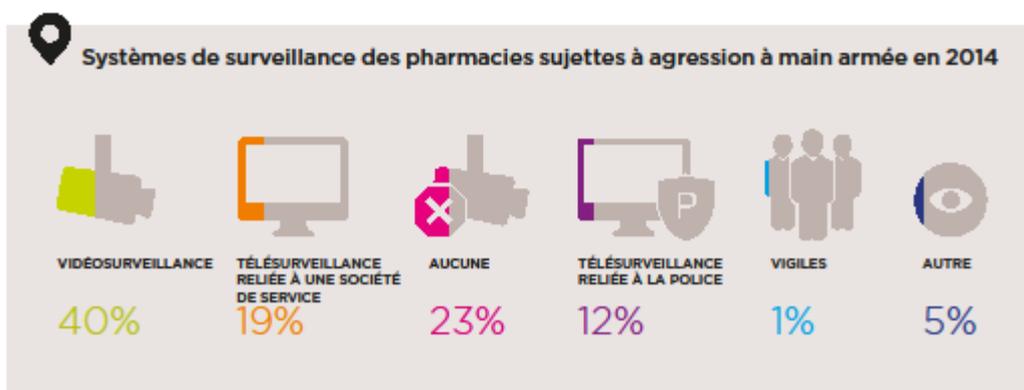
Ce sont davantage les officines de quartier qui subissent des incidents.



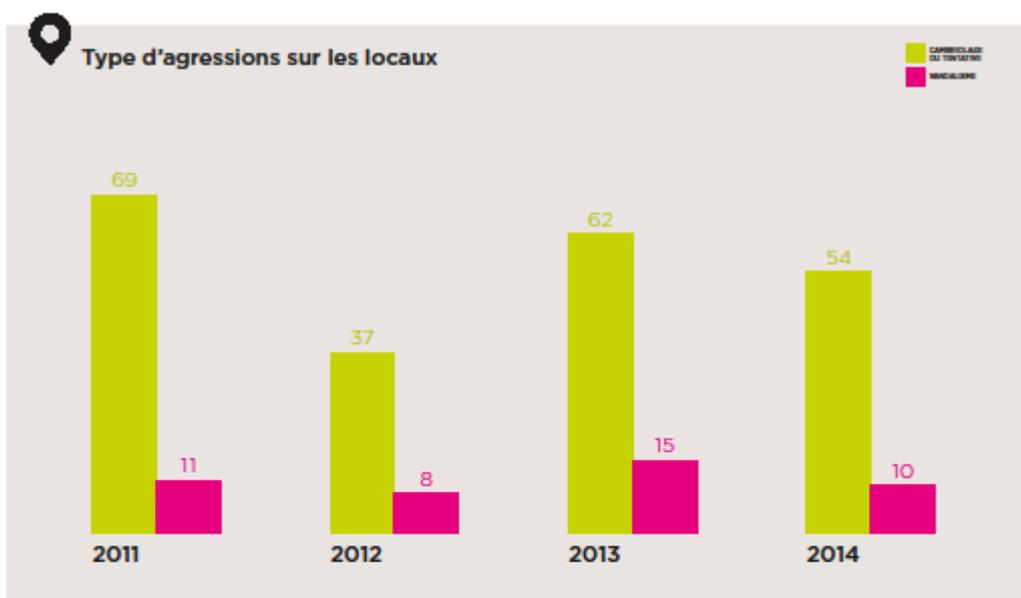
2.3 TYPE DE PROTECTION DE L'OFFICINE



Les officines déclarantes sont de plus en plus équipées de vidéosurveillance.

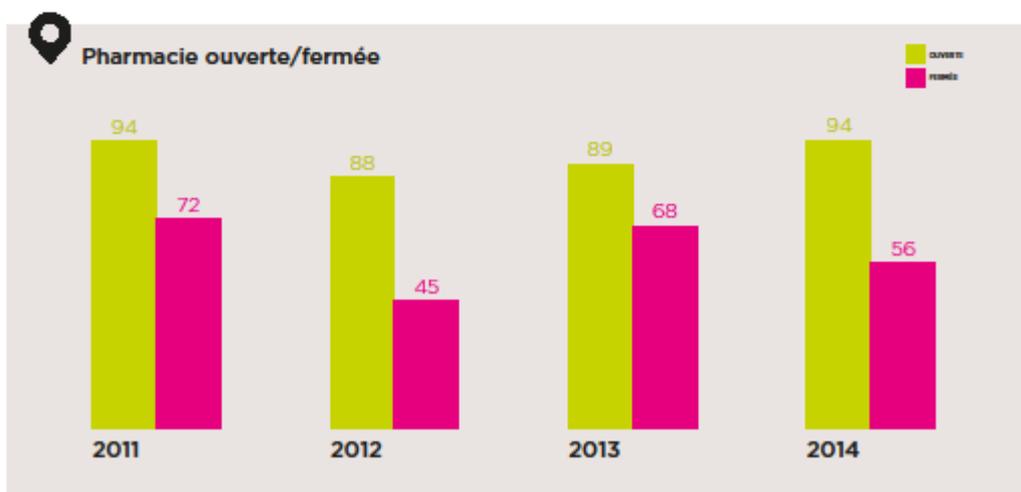


2.4 TYPE D'AGRESSION PORTANT SUR LES LOCAUX



Les cambriolages et tentatives de cambriolage restent prépondérants.
Le vandalisme n'est pas négligeable et inquiète également, étant donné sa forte hausse récente (+46% par rapport à 2012).

2.5 ANALYSE EN FONCTION DE L'OUVERTURE DE LA PHARMACIE



15



Sur la base des déclarations reçues, on constate que les agressions se produisent majoritairement alors que l'officine est ouverte avec une clientèle peu - ou pas présente. Ce phénomène est en augmentation.

2.6 LA SITUATION DES PHARMACIES DE GARDE



Le pourcentage des agressions déclarées, concernant les pharmacies de garde, est en très nette diminution. Ce chiffre reste à relativiser et peut varier en fonction des dispositifs de communication aux patients de la

liste des pharmacies de garde (avec ou sans passage par l'intermédiaire des services de police et gendarmerie) et ne saurait être révélatrice d'une quelconque tendance de long terme.

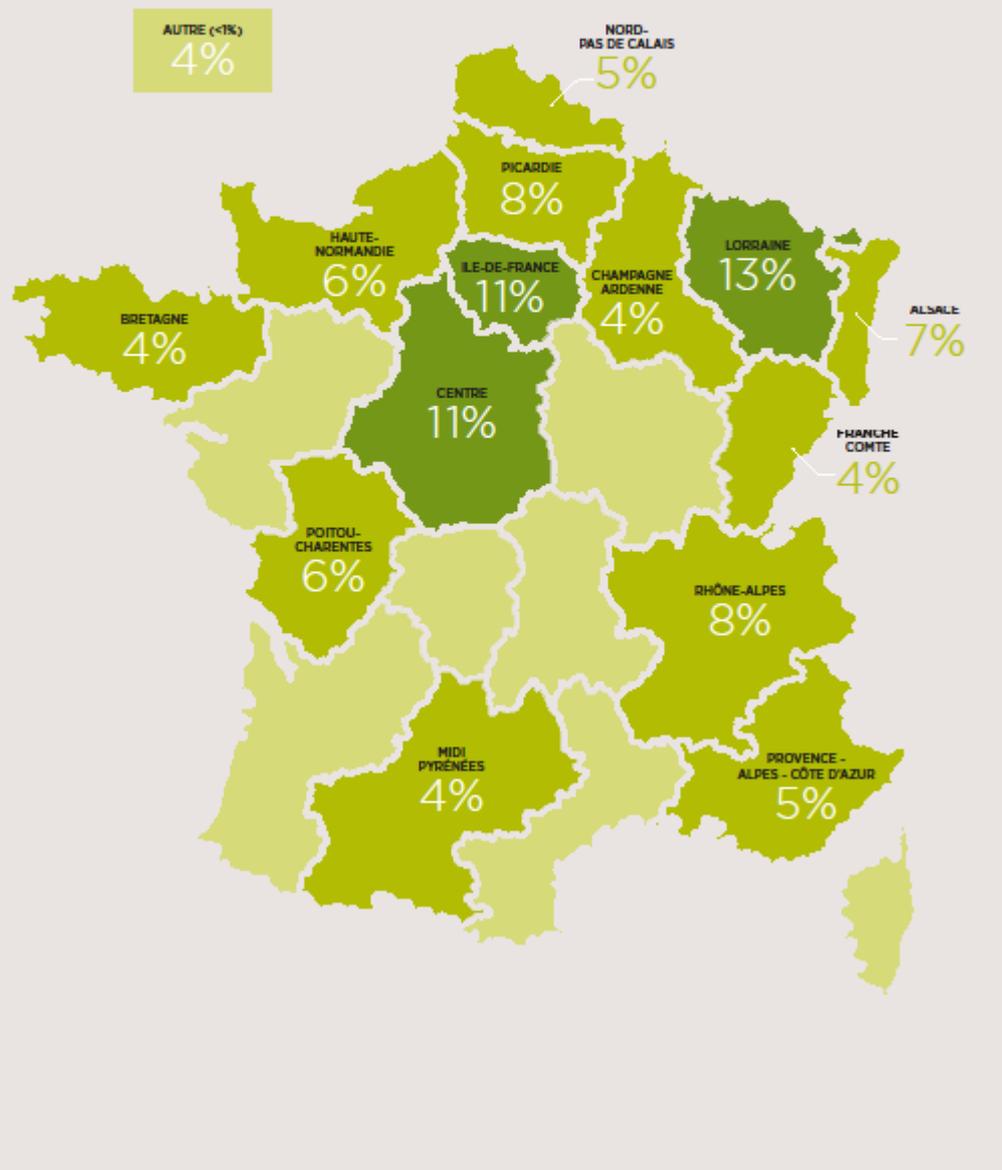
3. CLASSEMENT DES RÉGIONS PAR NOMBRE D'AGRESSIONS DÉCLARÉES

Les régions Lorraine, Ile-de-France et Centre rassemblent le plus fort nombre d'agressions déclarées. Cependant, il est intéressant de noter que si l'on ramène le nombre d'agressions déclarées au nombre total d'officine par région, le classement change radicalement, à l'exception de la Lorraine. Notons enfin que ces chiffres peuvent également refléter une propension plus ou moins grande à déclarer selon les régions, et qu'il faut rester vigilant face à des actes qu'on ne doit jamais laisser se banaliser.

17

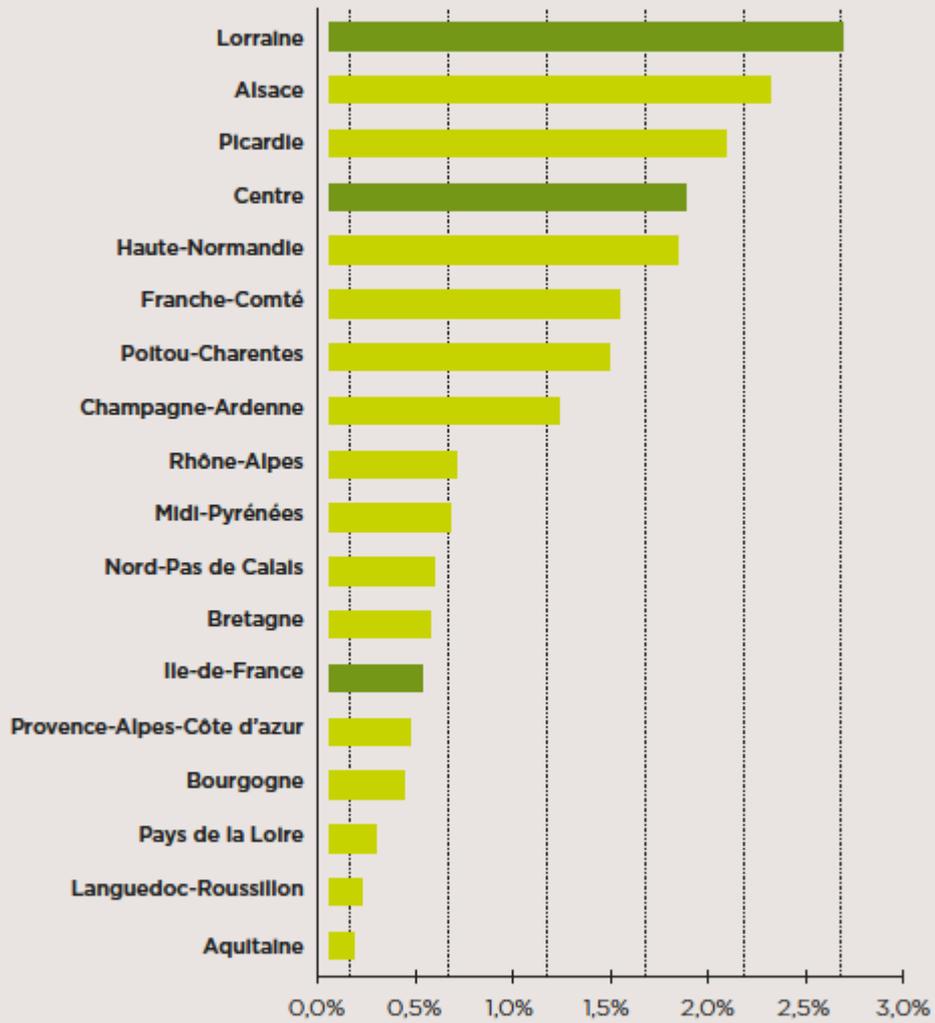


Pourcentages des agressions déclarées en 2014, par région





Part des agressions déclarées ramenées au nombre d'officines



Protocole Santé-Sécurité du 12 août 2005

Fax reçu de : 33 1 40 07 64 99

14-09-05 16:31 Pg: 2



MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR,
ET DE L'AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SOLIDARITÉS

12 AOÛT 2005

PROTOCOLE D'ACCORD

Entre

**Le ministre d'Etat, de l'Intérieur et de
l'Aménagement du Territoire**

Le ministre de la Santé et des Solidarités

Est convenu ce qui suit :

Article 1

Le présent protocole a pour objectif d'améliorer la sécurité des établissements hospitaliers publics et privés, dans les services en général et les urgences en particulier, ainsi qu'à leurs abords immédiats, de renforcer la coopération entre les dits établissements et les services de l'Etat compétents en matière de prévention de la violence et de traitement de la délinquance.

Article 2

Conclu entre le Ministre d'Etat, de l'Intérieur et de l'Aménagement du Territoire et le Ministre de la Santé et des Solidarités, le présent protocole engage les services centraux et déconcentrés de ces deux ministères, les agences régionales d'hospitalisation ainsi que les établissements concernés, sous l'égide et la coordination du représentant de l'Etat dans le département d'implantation.

Article 3

A la demande du ministère de la santé et des solidarités, et aux fins de faciliter la coordination du partenariat, un commissaire de police est détaché auprès de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) pour une durée de un an renouvelable une fois.

Article 4

Les services compétents des deux ministères procéderont au minimum à une rencontre semestrielle, qui sera l'occasion de partager les informations recueillies afin de définir ou d'ajuster les objectifs et d'évaluer les réalisations et l'évolution des conditions de leur coopération.

Article 5

Des rencontres analogues auront lieu dans les départements, sous l'égide des préfets chargés de la validation, de la coordination et de l'harmonisation des mesures que les services de police ou de gendarmerie et les établissements hospitaliers auront jugées utiles de proposer et de mettre en œuvre dans le cadre de la politique définie au niveau national.

Article 6

Un représentant issu du service de police ou de gendarmerie du lieu d'implantation de l'établissement hospitalier sera désigné en qualité de correspondant ; il sera au quotidien l'interlocuteur privilégié du directeur du centre hospitalier pour les problèmes de sécurité. Cette mesure doit conduire à créer les liens nécessaires à la mise en œuvre de mesures de prévention des situations de violence et à y mettre fin dans les meilleures conditions.

Article 7

Le directeur de l'établissement hospitalier et le chef du service de police ou de la brigade gendarmerie territorialement compétent procèdent au diagnostic qui s'appuie notamment sur l'inventaire partagé des manifestations de violence et des problèmes de sécurité survenus dans l'établissement et arrêtent les mesures adaptées à chaque site. Le bilan sera utilement exposé dans le cadre de la réunion des instances de concertation créées par le décret du 17 juillet 2002.

Article 8

Ce bilan servira au directeur du centre hospitalier à réaliser les adaptations organisationnelles et matérielles nécessaires à la préservation ou au rétablissement de la sécurité et de la tranquillité dans l'établissement.

Ces mesures seront de diverses natures pour répondre aux problèmes propres à chaque établissement : définition d'un moyen de communication d'urgence adapté aux difficultés, réglementation et sécurisation des accès de l'établissement, vidéosurveillance.

Pour les services d'urgence, la mise en place de dispositifs permettant de réduire les délais d'attente, souvent à l'origine des violences, sera recherchée ; de même un règlement limitant le nombre d'accompagnateurs du patient au service d'urgence sera de nature à réduire les risques.

Article 9

En cas de commission d'infraction ou de problème de sécurité constaté dans l'enceinte du centre hospitalier, le service de police ou de gendarmerie sera informé dans les meilleurs délais, selon les moyens et les modalités arrêtés préalablement.

Des patrouilles périodiques ou aléatoires pourront être conduites aux abords de l'hôpital et des prises de contact convenues avec le personnel.

Article 10

Pour toute situation de danger ou de trouble avéré, le recours immédiat au service de police ou à la brigade de gendarmerie se fera par usage d'une procédure d'alerte prédéfinie.

Les interventions des services de sécurité feront l'objet d'un traitement particulier.

Article 11

Les plaintes seront enregistrées dans les meilleurs délais ; les victimes, si la situation le justifie, se verront proposer leur domiciliation à l'hôpital, voire au service de police ou à la brigade de gendarmerie.

Les personnels hospitaliers apporteront toutes les indications utiles au bon déroulement de l'enquête.

Article 12

Dans le but de réduire au maximum les risques de violence potentielle découlant des missions d'escorte (gardés à vue, détenus et retenus conduits aux soins, individus en état d'ivresse pour délivrance du certificat de non hospitalisation), un accès distinct de l'itinéraire réservé au public sera privilégié.

De même, un local spécifique, à l'abri des regards du public où l'individu retenu et en attente de soins, sera aménagé. Si le risque de violence est avéré, le service d'urgence pourra être avisé téléphoniquement du déplacement de l'escorte et l'individu sera traité par le personnel soignant dans les meilleurs délais.

Article 13

Le présent protocole sera décliné localement par un écrit définissant pour chaque établissement les modalités pratiques et adaptées pour sa mise en œuvre.

Article 14

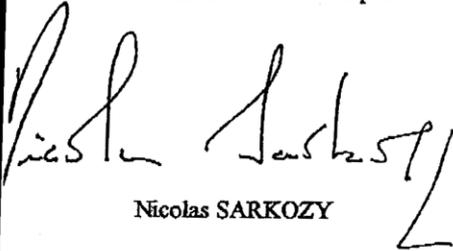
Chaque partie prend directement à sa charge, pour ce qui la concerne, les dépenses occasionnées par la mise en œuvre du présent protocole.

Article 15

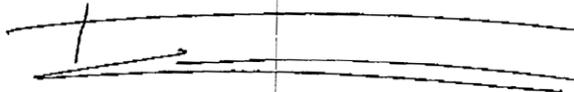
Le présent protocole d'accord est conclu pour une période de deux années.

A l'issue de la première période de deux ans, le présent protocole sera renouvelable annuellement par tacite reconduction.

Toutes modifications aux présentes stipulations fera l'objet d'un avenant.



Nicolas SARKOZY



Xavier BERTRAND

Protocole Santé-Sécurité-Justice du [10 juin 2010](#)



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SPORTS

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR,
DE L'OUTRE-MER
ET DES COLLECTIVITÉS
TERRITORIALES

MINISTÈRE DE LA JUSTICE
ET DES LIBERTÉS

PROTOCOLE D'ACCORD

Entre

La ministre de la santé
et des sports

Le ministre de l'intérieur,
de l'outre-mer
et des collectivités territoriales

La ministre d'Etat,
garde des sceaux, ministre de la
justice et des libertés

Est convenu ce qui suit :

Le présent protocole modifie et complète le protocole signé le 12 août 2005. Il formalise aussi l'engagement de l'autorité judiciaire dans le dispositif partenarial.

Est convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

Le présent protocole a pour objectif d'améliorer la sécurité des établissements de santé publics et privés, dans les services en général et les urgences en particulier, ainsi qu'à leurs abords immédiats, de renforcer la coopération entre les dits établissements et les services de l'Etat compétents en matière de prévention de la violence et de traitement de la délinquance.

Il s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre d'une politique de l'organisation de l'offre de soins sur le territoire national conduite dans les régions par les Agences Régionales de Santé.

Article 2

Conclu entre le Ministre de l'Intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales, le Ministre de la Santé et des Sports et le Ministre d'Etat, Garde des Sceaux, Ministre de la Justice et des libertés, le présent protocole engage les services centraux et déconcentrés de ces trois ministères, les agences régionales de santé (ARS) ainsi que les établissements de santé concernés, sous l'égide et la coordination du Procureur de la République et du représentant de l'Etat dans le département d'implantation.

Article 3

Un membre du corps de conception et de direction de la police nationale est détaché auprès de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) pour une durée de trois ans, renouvelable.

Article 4

Un représentant issu du service de police ou de gendarmerie du lieu d'implantation de l'établissement de santé sera désigné en qualité de correspondant ; il sera au quotidien l'interlocuteur privilégié du directeur pour les problèmes de sécurité. Cette mesure doit conduire à renforcer les liens nécessaires à la mise en œuvre de mesures de prévention des situations de violence et à y mettre fin dans les meilleures conditions.

Article 5

Lorsqu'il l'estime nécessaire, le directeur de l'établissement de santé et le correspondant du service de sécurité territorialement compétent font procéder à un diagnostic de la sécurité à l'intérieur et aux abords de l'établissement. Le Procureur de la République est tenu informé. Pour ce faire, ils s'appuient sur les signalements de violence enregistrés et déclarés par l'établissement et les problèmes d'insécurité survenus dans l'établissement ou à ses abords. A l'issue ils élaborent une liste de préconisations. Les diagnostics réalisés pourront être utilement communiqués lors de la réunion du Conseil Local de Sécurité et de Prévention de la Délinquance.

Article 6

Le diagnostic de sécurité de l'établissement servira au directeur de l'établissement de santé à réaliser les adaptations organisationnelles et matérielles nécessaires à la préservation ou au rétablissement de la sécurité et de la tranquillité.

Ces préconisations seront de nature à répondre aux problèmes propres à chaque établissement : définition d'un moyen de communication d'urgence adapté aux difficultés, réglementation et sécurisation des accès, vidéo protection.

Pour les services d'urgence, la mise en place de dispositifs permettant de réduire les délais d'attente, souvent à l'origine des violences, sera recherchée.

De même un règlement intérieur limitant le nombre de personnes accompagnant le patient au service d'urgence sera de nature à réduire les risques.

A la demande du directeur, les patrouilles périodiques ou aléatoires pourront être conduites par les forces de l'ordre dans l'enceinte hospitalière extérieure aux bâtiments et des prises de contact convenues avec le personnel.

Article 7

Pour toute situation de danger ou de trouble avéré, le recours immédiat au service de police ou de gendarmerie se fera par usage d'une procédure d'alerte prédéfinie. Les interventions des services de sécurité feront l'objet d'un traitement particulier

Article 8

Afin de permettre son intervention rapide en cas d'infraction grave ou de problème de sécurité constaté dans l'enceinte de l'établissement hospitalier, le service de police ou de gendarmerie territorialement compétent sera informé dans les meilleurs délais selon les procédures arrêtées préalablement.

Le personnel des établissements de santé sera sensibilisé sur la préservation des traces et indices en cas de commission d'infraction, selon les modalités définies conjointement par le chef d'établissement et le chef du service de police ou de gendarmerie territorialement compétent.

Article 9

En cas de conduite d'individu présentant des risques avérés de violences, les services de sécurité avertiront téléphoniquement les services d'urgence de l'arrivée de l'escorte et les services de soins interviendront dans les plus brefs délais.

Dans le but de réduire au maximum les risques de violence découlant des missions d'escorte (gardés à vue, détenus et retenus conduits aux soins, individus en état d'ivresse ...), un accès distinct de l'itinéraire réservé au public sera privilégié.

Dans toute la mesure du possible, un local spécifique, à l'abri des regards du public, sera mis à disposition de l'escorte et de l'individu en attente de soins.

Article 10

En vue de faciliter les démarches des professionnels de santé victimes d'infraction et si la situation le requiert, les plaintes seront recueillies sur place ou dans le cadre d'un rendez-vous dans les meilleurs délais. Si la situation le justifie, la victime se verra proposer sa domiciliation à l'hôpital, voire au service de police ou à la brigade de gendarmerie.

Les personnels de santé apporteront toutes indications utiles au bon déroulement de l'enquête.

Article 11

Compte-tenu de la nécessaire circulation de l'information entre les différents partenaires dans le cadre de la lutte contre les violences en milieu hospitalier et de la nécessité de permettre d'éventuelles constitutions de partie civile, le Procureur de la République veillera à aviser, dans les meilleurs délais, les directeurs d'établissement de santé de toutes les suites procédurales réservées aux saisines dont il fait l'objet, qu'il s'agisse d'un classement sans suite, d'une mesure alternative aux poursuites pénales ou d'un renvoi à une juridiction pénale.

Article 12

Le présent protocole sera décliné localement par un écrit définissant pour chaque établissement les modalités pratiques et adaptées de sa mise en œuvre.

Une copie sera adressée au Ministère de la Santé et des Sports et au Ministère de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales sous le timbre du Préfet, et au Ministère de la Justice et des libertés sous le timbre du Procureur Général.

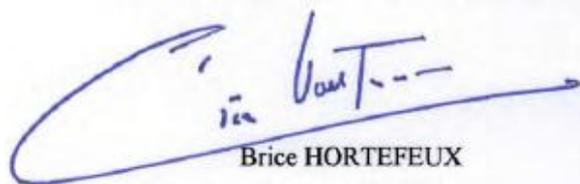
Article 13

Dans le cadre d'un comité de suivi, les services compétents des trois ministères procéderont à une rencontre annuelle, qui sera l'occasion d'examiner les bilans de mise en œuvre du protocole aux fins d'évaluer les réalisations et l'évolution des conditions de leur coopération, et de fixer les nouvelles orientations de travail.

Une rencontre analogue sera organisée dans les départements sous l'égide du Préfet et du ou des Procureurs de la République.

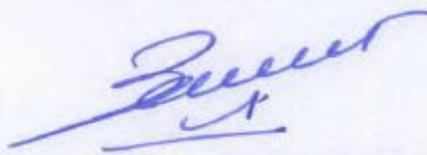
Fait à Paris, le 10 JUIN 2010

Le ministre de l'intérieur,
de l'outre-mer et des collectivités territoriales



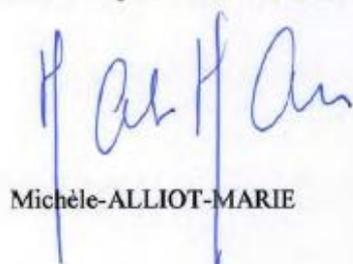
Brice HORTEFEUX

La ministre de la santé et des sports



Roselyne BACHELOT-NARQUIN

Le Ministre d'Etat, Garde des Sceaux,
Ministre de la justice et des libertés



Michèle-ALLIOT-MARIE

Protocoles des professions libérales du [20 avril 2011](#)



MINISTÈRE DE LA JUSTICE
ET DES LIBERTÉS

MINISTÈRE DU TRAVAIL,
DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR,
DE L'OUTRE-MER,
DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES
ET DE L'IMMIGRATION

Protocole d'accord entre

Le Gardes des Sceaux,
Ministre de la Justice et des Libertés

Le Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé

Le Ministre de l'Intérieur, de l'Outre-mer,
des Collectivités territoriales et de l'Immigration

Les présidents des conseils nationaux
des ordres des professionnels de santé

Le présent protocole est la transposition, au profit des autres professionnels de santé, des mesures prévues au protocole signé le 10 juin 2010 et relatif à la sécurité des établissements de santé, publics et privés. Il formalise, par ailleurs, l'engagement des institutions ordinaires dans le dispositif partenarial.

Est convenu ce qui suit :

Article 1

Le présent protocole a pour objectif d'améliorer la sécurité des professionnels de santé exerçant sur le territoire national. Il renforce la coopération entre lesdits professionnels et les services de l'Etat compétents en matière de prévention de la violence et de traitement de la délinquance.

Il s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre d'une politique de l'organisation de l'offre de soins sur le territoire national conduite dans les régions par les Agences régionales de Santé.

Article 2

Conclu entre le Ministre de l'Intérieur, de l'Outre-mer, des Collectivités territoriales et de l'Immigration, le Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé, le Ministre, Gardes des Sceaux, Ministre de la Justice et des Libertés et les présidents des conseils nationaux des ordres des professionnels de santé concernés, ce protocole sera mis en œuvre par les services centraux et déconcentrés de ces trois ministères, les agences régionales de santé (ARS), ainsi que les différentes instances territoriales des ordres des professionnels de santé, sous l'égide et la coordination du représentant de l'Etat dans le département d'implantation et du procureur de la République.

En tout état de cause, les conseils nationaux des ordres des professions de santé signataires s'engagent à veiller à l'application du présent protocole par leurs conseils territorialement compétents. Ces derniers assureront la communication la plus large, auprès de leurs membres, des mesures prévues par ce dispositif. Ils contribueront avec la police et la gendarmerie nationales à la sensibilisation des professionnels de santé aux questions de sécurité.

Par ailleurs, en fonction de l'analyse des situations locales réalisées avec leurs instances territoriales respectives, les dispositions du présent protocole pourront être étendues, en tant que de besoin, aux professionnels de santé non organisés en ordre professionnel.

Article 3

Le correspondant départemental « aide aux victimes » de la direction départementale de la sécurité publique, le représentant désigné à la direction territoriale de la sécurité de proximité dans le ressort de la Préfecture de police, ainsi que l'officier « prévention-partenariat » du groupement de gendarmerie départementale sont au quotidien, pour les problèmes de sécurité, les interlocuteurs privilégiés des conseils territorialement compétents des ordres concernés. De même, des interlocuteurs clairement identifiés seront désignés au niveau local, dans les services de police et les unités de gendarmerie. Cette mesure doit conduire à renforcer les liens nécessaires à la mise en œuvre de mesures de prévention des situations de violences et à y mettre fin dans les meilleures conditions.

Article 4

Des conseils de sûreté pourront être dispensés auprès des professionnels de santé en suivant la procédure visée à l'article 3. Les demandes exprimées par ces derniers devront être adressées au conseil de l'échelon territorial correspondant de l'ordre concerné, seul interlocuteur des forces de police et de gendarmerie habilité à transmettre ces demandes au sein du département.

Les conseils de sûreté doivent permettre aux professionnels de santé d'envisager les adaptations organisationnelles et matérielles nécessaires à la préservation ou au rétablissement de la sécurité et de la tranquillité. Ces préconisations doivent être de nature à répondre aux problèmes propres à chaque catégorie professionnelle, qu'ils aient trait à la sécurité de leurs déplacements, à l'état de la réglementation, à la sécurisation des lieux où ils exercent, à l'installation de dispositifs d'alarme ou de vidéo-protection. A cet égard, il sera recommandé aux maires d'intégrer les abords des cabinets et officines exposés au risque de malveillance dans le périmètre couvert par le dispositif de vidéo-protection implanté dans leur commune.

Article 5

Pour toute situation de danger ou de trouble avéré, le recours immédiat au service de police ou de gendarmerie se fera par usage de la procédure d'alerte existante au plan local. Celle-ci sera précisée aux conseils territorialement compétents des ordres professionnels concernés par l'intermédiaire des correspondants de la police ou de la gendarmerie. En fonction du niveau d'exposition au risque évalué localement, il pourra être convenu, notamment, d'organiser un système communautaire d'alerte, de mettre en place un numéro d'appel d'urgence dédié, d'arrêter des mesures particulières d'accueil et d'accompagnement ou de recourir aux dispositifs électroniques d'alarme géo-localisée. Tout sera ainsi mis en œuvre pour faciliter une intervention rapide et efficace des forces de sécurité. Les professionnels de santé seront, notamment, sensibilisés à la nécessaire préservation des traces et indices, ainsi qu'à la façon d'établir un signalement, en cas de besoin.

Article 6

En vue de faciliter les démarches des professionnels de santé victimes d'infraction et si la situation le requiert, les plaintes pourront être recueillies sur place ou dans le cadre d'un rendez-vous dans les meilleurs délais.

En pareilles circonstances, la victime se verra proposer sa domiciliation à son adresse professionnelle voire au service de police ou à la brigade de gendarmerie territorialement compétente, après accord du Procureur de la République, conformément aux textes en vigueur et, notamment, aux dispositions de l'article 706-57 du code de procédure pénale.

Les ordres concernés ont la faculté d'exercer tous les droits réservés à la partie civile et donc de mettre en mouvement l'action publique, dès lors que la loi l'a expressément prévu et dans les conditions qu'elle a fixées. Les faits incriminés doivent, notamment, porter un préjudice direct ou indirect à l'intérêt collectif de la profession.

Les professionnels de santé et les personnels de santé apporteront toutes indications utiles au bon déroulement de l'enquête.

Article 7

Compte-tenu de la nécessaire circulation de l'information entre les différents partenaires dans le cadre de la lutte contre les violences à l'encontre des professionnels de santé et de la nécessité de permettre d'éventuelles constitutions de partie civile, le Procureur de la République veillera à aviser, dans les meilleurs délais, les professionnels de santé concernés de toutes les suites procédurales réservées aux saisines dont il fait l'objet, qu'il s'agisse d'un classement sans suite, d'une mesure alternative aux poursuites pénales ou d'un renvoi à une juridiction pénale.

De leur côté, les instances territoriales des ordres professionnels concernés veilleront à une information effective des services de police ou des services judiciaires relative aux faits de violence subis par les professionnels de santé.

Article 8

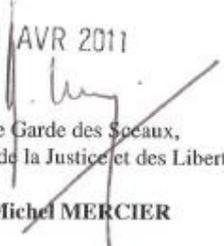
Le présent protocole sera décliné dans chaque département en tenant compte de l'environnement territorial propre à chaque profession de santé et en lien avec la mise en œuvre du protocole conclu avec les organisations syndicales représentatives.

Article 9

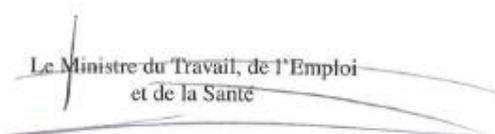
A l'initiative du ministère de l'Intérieur, les services compétents des trois ministères signataires ainsi que les ordres des professions de santé concernées procéderont à une rencontre annuelle qui sera l'occasion d'examiner les bilans de mise en œuvre du protocole aux fins d'évaluer les réalisations et l'évolution des conditions de leur coopération et de fixer les nouvelles orientations de travail. Les organisations professionnelles représentatives seront associées à cette rencontre.

Une rencontre analogue sera organisée dans les départements, sous l'égide du Préfet et du ou des Procureurs de la République. Elle associera les présidents des instances territoriales correspondantes des ordres des professionnels de santé concernés et les représentants des services de police et/ou de gendarmerie territorialement compétents.

Fait à Paris, le 20 AVR 2011


Le Garde des Sceaux,
Ministre de la Justice et des Libertés

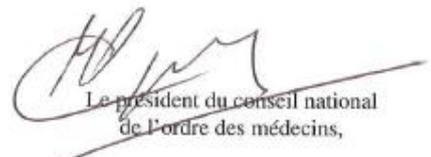
Michel MERCIER


Le Ministre du Travail, de l'Emploi
et de la Santé

Xavier BERTRAND


Le Ministre de l'Intérieur,
de l'Outre-mer,
des Collectivités territoriales
et de l'Immigration

Claude GUEANT


Le président du conseil national
de l'ordre des médecins,

Michel LEGMANN

Le président du conseil national
de l'ordre des chirurgiens-dentistes,

Christian COUZINOU

La présidente du conseil national
de l'ordre des sages-femmes,

Marie-Josée KELLER



La présidente du conseil national
de l'ordre des pharmaciens,

Isabelle ADENOT



La présidente du conseil national
de l'ordre des infirmiers,

Dominique LE BŒUF



Le président du conseil national
de l'ordre des pédicures-podologues,

Bernard BARBOTTIN



Le président du conseil national
de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes,

René COURATIER





MINISTÈRE DE LA JUSTICE
ET DES LIBERTÉS

MINISTÈRE DU TRAVAIL,
DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR,
DE L'OUTRE-MER,
DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES
ET DE L'IMMIGRATION

Protocole d'accord entre

Le Garde des Sceaux,
Ministre de la Justice et des Libertés

Le Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé

Le Ministre de l'Intérieur, de l'Outre-mer,
des Collectivités territoriales et de l'Immigration

Les professionnels de santé

Le présent protocole est la transposition, au profit des autres professionnels de santé, des mesures prévues au protocole signé le 10 juin 2010 et relatif à la sécurité des établissements de santé, publics et privés. Il formalise, par ailleurs, l'engagement des professionnels de santé dans le dispositif partenarial.

Est convenu ce qui suit entre les soussignés :

Article 1

Le présent protocole a pour objectif d'améliorer la sécurité des professionnels de santé exerçant sur le territoire national. Il renforce la coopération entre lesdits professionnels et les services de l'Etat compétents en matière de prévention de la violence et de traitement de la délinquance.

Il s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre d'une politique de l'organisation de l'offre de soins sur le territoire national conduite dans les régions par les Agences régionales de Santé.

Article 2

Conclu entre le Ministre de l'Intérieur, de l'Outre-mer, des Collectivités territoriales et de l'Immigration, le Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé, le Ministre, Garde des Sceaux, Ministre de la Justice et des Libertés, les présidents des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé, ce protocole sera mis en œuvre par les services centraux et déconcentrés de ces trois ministères, les agences régionales de santé (ARS), ainsi que les organisations syndicales des professionnels de santé, sous l'égide et la coordination du représentant de l'Etat dans le département d'implantation et du procureur de la République.

En tout état de cause, les organisations syndicales signataires s'engagent à veiller à l'application du présent protocole par leurs instances territorialement compétentes. Ces dernières assureront la communication la plus large, auprès de leurs adhérents, des mesures prévues par ce dispositif. Elles contribueront avec la police et la gendarmerie nationales à la sensibilisation des professionnels de santé aux questions de sécurité.

Article 3

Le correspondant départemental « aide aux victimes » de la direction départementale de la sécurité publique, le représentant désigné à la direction territoriale de la sécurité de proximité dans le ressort de la Préfecture de police, ainsi que l'officier « prévention-partenariat » du groupement de gendarmerie départementale sont au quotidien, pour les problèmes de sécurité, les interlocuteurs privilégiés des organes de représentation des professionnels de santé territorialement compétents. De même, des interlocuteurs clairement identifiés seront désignés au niveau local, dans les services de police et les unités de gendarmerie. Cette mesure doit conduire à renforcer les liens nécessaires à la mise en œuvre de mesures de prévention des situations de violences et à y mettre fin dans les meilleures conditions.

Article 4

Des conseils de sûreté pourront être dispensés auprès des professionnels de santé en suivant la procédure visée à l'article 3. Les demandes exprimées par ces derniers devront être adressées au conseil de l'échelon territorial correspondant de l'ordre concerné, seul interlocuteur des forces de police et de gendarmerie habilité à transmettre ces demandes au sein du département.

Les conseils de sûreté doivent permettre aux professionnels de santé d'envisager les adaptations organisationnelles et matérielles nécessaires à la préservation ou au rétablissement de la sécurité et de la tranquillité. Ces préconisations doivent être de nature à répondre aux problèmes propres à chaque catégorie professionnelle, qu'ils aient trait à la sécurité de leurs déplacements, à l'état de la réglementation, à la sécurisation des lieux où ils exercent, à l'installation de dispositifs d'alarme ou de vidéo-protection. A cet égard, il sera recommandé aux maires d'intégrer les abords des cabinets et officines exposés au risque de malveillance dans le périmètre couvert par le dispositif de vidéo-protection implanté dans leur commune.

Ces conseils portent également sur les comportements adaptés, notamment lors de déplacements à domicile.

Article 5

Pour toute situation de danger ou de trouble avéré, le recours immédiat au service de police ou de gendarmerie se fera par usage de la procédure d'alerte existante au plan local. Celle-ci sera précisée aux organes de représentation des professionnels de santé territorialement compétents par l'intermédiaire des correspondants de la police ou de la gendarmerie. En fonction du niveau d'exposition au risque évalué localement, il pourra être convenu, notamment, d'organiser un système communautaire d'alerte, de mettre en place un numéro d'appel d'urgence dédié, d'arrêter des mesures particulières d'accueil et d'accompagnement ou de recourir aux dispositifs électroniques d'alarme géo-localisée. Tout sera ainsi mis en œuvre pour faciliter une intervention rapide et efficace des forces de sécurité. Les professionnels de santé seront, notamment, sensibilisés à la nécessaire préservation des traces et indices, ainsi qu'à la façon d'établir un signalement, en cas de besoin.

Article 6

En vue de faciliter les démarches des professionnels de santé victimes d'infraction et si la situation le requiert, les plaintes pourront être recueillies sur place ou dans le cadre d'un rendez-vous dans les meilleurs délais.

En pareilles circonstances, la victime se verra proposer sa domiciliation à son adresse professionnelle voire au service de police ou à la brigade de gendarmerie territorialement compétente, après accord du Procureur de la République, conformément aux textes en vigueur et, notamment, aux dispositions de l'article 706-57 du code de procédure pénale.

Les professionnels de santé et les personnels de santé apporteront toutes indications utiles au bon déroulement de l'enquête.

Article 7

Compte-tenu de la nécessaire circulation de l'information entre les différents partenaires dans le cadre de la lutte contre les violences à l'encontre des professionnels de santé et de la nécessité de permettre d'éventuelles constitutions de partie civile, le Procureur de la République veillera à aviser, dans les meilleurs délais, les professionnels de santé concernés de toutes les suites procédurales réservées aux saisines dont il fait l'objet, qu'il s'agisse d'un classement sans suite, d'une mesure alternative aux poursuites pénales ou d'un renvoi à une juridiction pénale.

De leur côté, les organes de représentation des professionnels de santé territorialement compétents, veilleront à une information effective des services de police ou des services judiciaires relative aux faits de violence subis par les professionnels de santé.

Article 8

Le présent protocole sera décliné dans chaque département en tenant compte de l'environnement territorial propre à chaque profession de santé ainsi que de la mise en œuvre du protocole national conclu avec les ordres professionnels.

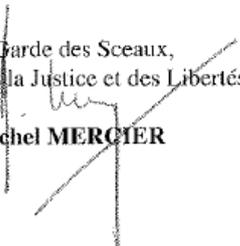
Article 9

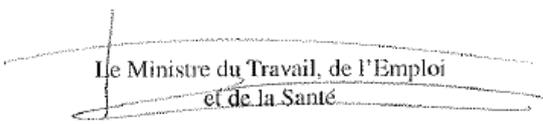
A l'initiative du ministère de l'Intérieur, les services compétents des trois ministères signataires ainsi que les organisations syndicales représentatives des professionnels de santé procéderont à une rencontre annuelle qui sera l'occasion d'examiner les bilans de mise en œuvre du protocole aux fins d'évaluer les réalisations et l'évolution des conditions de leur coopération et de fixer les nouvelles orientations de travail.

Une rencontre analogue sera organisée dans les départements, sous l'égide du Préfet et du ou des Procureurs de la République. Elle associera les instances territorialement compétentes pour chaque profession de santé selon une fiche préparée par département par le ministère de la santé, et les représentants des services de police et/ou de gendarmerie territorialement compétents.

Fait à Paris, le 20 AVR 2011

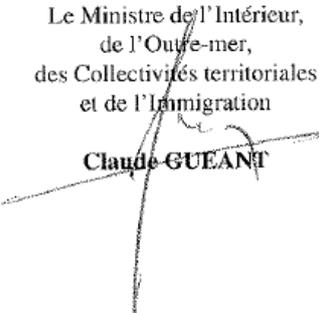
Le Garde des Sceaux,
Ministre de la Justice et des Libertés


Michel MERCIER


Le Ministre du Travail, de l'Emploi
et de la Santé

Xavier BERTRAND

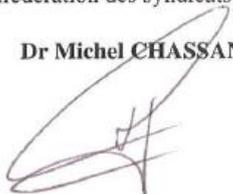
Le Ministre de l'Intérieur,
de l'Outre-mer,
des Collectivités territoriales
et de l'Immigration


Claude GUEANT

Ce protocole a été approuvé par :

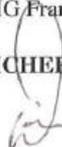
Le président de la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF)

Dr Michel CHASSANG



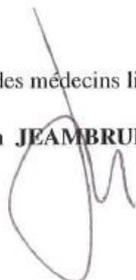
Le président de MG France

Dr Claude LEICHER



Le président du Syndicat des médecins libéraux (SML)

Dr Christian JEAMBRUN

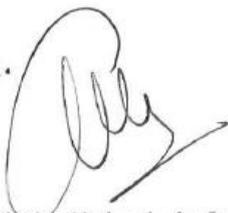


Le président de la Fédération des médecins de France (FMF)

Dr Jean-Claude REGI

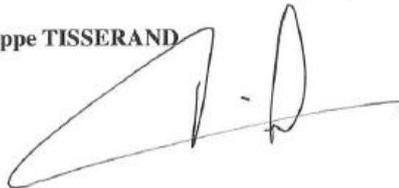


Les représentants du BLOC

Dr Claude


Le président de la Fédération Nationale des Infirmiers (FNI)

Philippe TISSERAND



Le président de Convergence Infirmière

Marcel AUFFERGAN



Le président de la Confédération Nationale des Syndicats Dentaires (CNSD)

Dr Roland L'HERRON



Le président de l'Union des Jeunes Chirurgiens-Dentistes - Union Dentaire (UJCD-UD)

Dr Philippe DENOYELLE



La représentante de la Fédération française des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs (FFMKR)

Fanny RUSTICONI



Le président de l'Union nationale des syndicats de masseurs-kinésithérapeutes libéraux (UNSMKL)

Stéphane MICHEL

Xavier GALLO



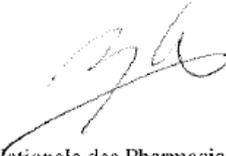
Le représentant de la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France (FSPF)

Philippe LIEBERMANN



Le président de l'Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine (USPO)

Gilles BONNEFOND



Le président de l'Union Nationale des Pharmacies de France (UNPF)

Frédéric LAURENT



Le président du Syndicat des Biologistes (SDB)

François BLANCHECOTTE

La présidente de la Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO)

Nicole DENNI-KRICHEL

Le président du Syndicat National Autonome des Orthoptistes (SNAO)

Laurent MILSTAYN

Le président de la Fédération Nationale des Podologues (FNP)

Louis OLIE

La présidente de l'Organisation Nationale des Syndicats de Sages-femmes (ONSSF)

Christelle GERBER-MONTAIGU

Le président de la Chambre Nationale des Services d'Ambulances

Bernard BOCCARD

P/O

Le président de l'Union Nationale des Syndicats d'Audioprothésistes Français (UNSAF)

Benoit ROY

P.O.