

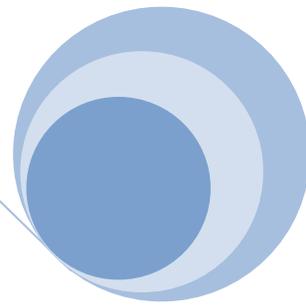
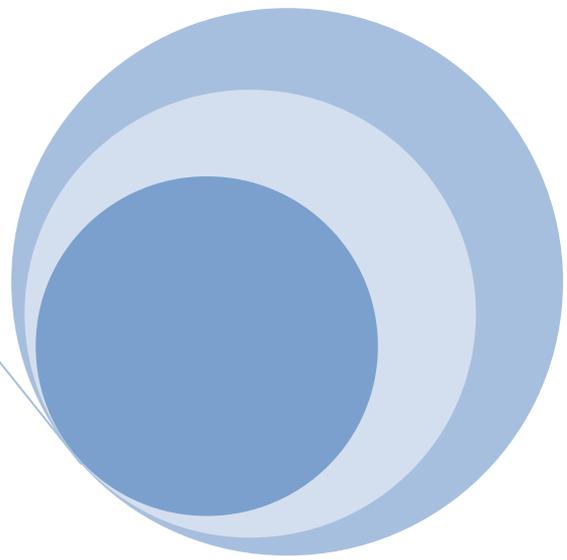


MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Direction générale de l'offre de soins

Département stratégie ressources

Observatoire national des violences en milieu de santé



RAPPORT ANNUEL 2012

Observatoire national des violences en milieu de santé

Rachel FERRARI, Commissaire divisionnaire

Chargée de mission

dgos-onvs@sante.gouv.fr

www.sante.gouv.fr/onvs

Observatoire o6/USID

Unité du Système d'Information Décisionnel



SOMMAIRE

AVANT PROPOS

I. PRESENTATION DES DONNEES 2012

- I.1 Les régions déclarantes**
- I.2 Les types d'établissements déclarants**
- I.3 Les faits signalés en 2012**
- I.4 Les atteintes aux personnes**
- I.5 Les atteintes aux biens**

II. ANALYSE DES VIOLENCES ENVERS LES PERSONNES

- II.1. Typologie des victimes**
- II.2. Typologie des auteurs**
- II.3. Les motifs des violences**
- II.4. La gestion des évènements**
- II.5. Les suites engagées**

III. LA PREVENTION DE LA VIOLENCE

- III.1 Prévention des risques psycho-sociaux**
- III.2 Diffusion des bonnes pratiques**

IV. LES MODALITES D'ACCOMPAGNEMENT DES ETABLISSEMENTS

- IV.1 Le partenariat**
- IV.2 Les visites techniques et les interventions thématiques**
- IV.3 La fiches réflexes « accompagnement des victimes de violences »**

V. CONCLUSION

VI. ANNEXES

- **Protocole Santé-Sécurité-Justice du 10 juin 2010**
- **Observatoire pour la sécurité des médecins : synthèse 2012**
- **Protocole des professions libérales du 20 avril 2011**

Un grand merci 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 maintenant sept années, l'Observatoire des violences en milieu de santé (ONVS) présente chaque année un bilan et une analyse des signalements de violence déclarés par les établissements de santé.

L'Observatoire national des violences a été créé par une circulaire du 11 juillet 2005 qui définit les grands axes d'une politique de prévention des situations de violence dans les hôpitaux et propose un recensement des actes de violences commis au sein des établissements de santé. La mise en place d'une nouvelle plate-forme de déclaration en janvier 2012 a étendu cette possibilité de signalement au secteur médico-social.

Une procédure de recueil permet désormais, par le biais d'une application unique, de recenser les atteintes 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)

Les éléments statistiques présentés dans ce rapport sont issus des signalements des établissements eux-mêmes sur la base du volontariat. Ils ne prétendent pas à l'exhaustivité mais présentent les incidents que les services ont tenu à signaler.

Des données brutes ont peu de signification en elles-mêmes mais illustrent des situations vécues dans les établissements, la sensibilisation des acteurs, et l'encouragement aux actions de prévention. C'est la raison pour laquelle l'ONVS engage depuis sa création des efforts importants de mobilisation des établissements, afin qu'ils utilisent davantage la plateforme de déclaration. Il convient donc de prendre ces données avec précaution : le nombre de signalements ne reflète pas la dangerosité d'un lieu de soin, mais le nombre de fois où les professionnels ont tenu à signaler. Ceci est très variable d'un établissement à l'autre, d'un service à l'autre, et, au sein d'un même lieu de soin, d'une année à l'autre.

L'Hôpital fait partie intégrante de la cité, il accueille toutes celles et tous ceux qui ont besoin de soin, et est donc par nature traversé par les phénomènes de société tels que la survenue d'incivilités.

L'Hôpital est aussi par nature un lieu hors du commun où l'angoisse, la tension, l'émotion sont toujours très présents. Parfois, ces tensions aboutissent à des actes violents (agressions verbales, bousculades, coups). Ces actes génèrent bien souvent une grande incompréhension, et parfois de vraies difficultés professionnelles chez les personnels hospitaliers, dont la mission consiste précisément à venir en aide aux patients et à leurs proches. Les actes violents y apparaissent donc d'autant plus intolérables, et c'est aussi ce message que tiennent à faire passer les établissements qui développent une politique de signalement.

A travers ce rapport annuel, le Ministère tient à leur faire un retour sur les données relatives à la nature des violences et les situations dans lesquelles elles interviennent... La direction générale de l'offre de soins s'associe à toutes celles et tous ceux qui considèrent que les actes violents ne devraient pas avoir leur place à l'Hôpital. Elle tient à mettre l'accent sur les mesures de prévention à mener. Les actes violents sont une réalité qu'il faut regarder en face, mais pas une fatalité, Des mesures concrètes issues du terrain peuvent améliorer la situation.

I. PRESENTATION DES DONNEES 2012

En 2012, l'Observatoire des violences en milieu de santé a été rendu destinataire de 11344 signalements d'atteintes aux biens et aux personnes, effectués par 352 établissements sanitaires et médico-sociaux.

I.1 Les régions déclarantes

Tableau 1. Présentation des déclarations 2012 par région

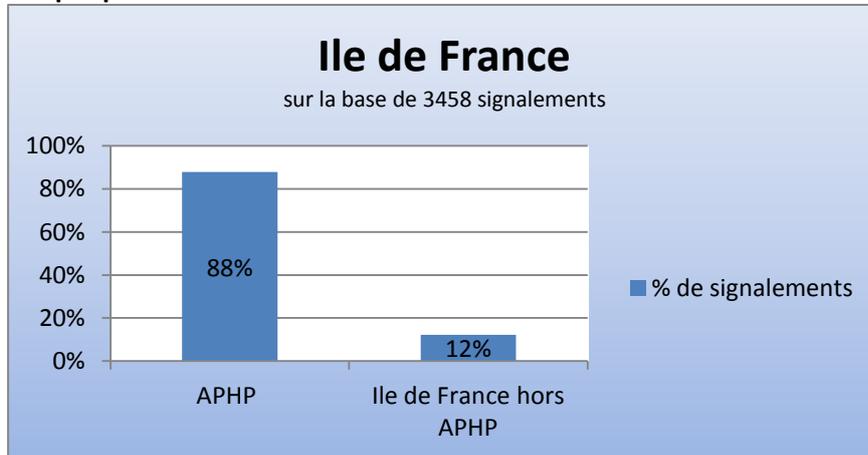
Régions 2012	Nombre d'établissements déclarants	Nombre total signalements	Pourcentage signalements
Ile-de-France	53	3458	30,48%
Basse-Normandie	22	710	6,26%
Nord-Pas-de-Calais	19	701	6,18%
Pays de la Loire	14	684	6,03%
Languedoc-Roussillon	23	606	5,34%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	26	532	4,69%
Champagne-Ardenne	12	479	4,22%
Alsace	15	487	4,29%
Bretagne	20	461	4,06%
Midi-Pyrénées	16	441	3,89%
Bourgogne	7	432	3,81%
Picardie	17	407	3,59%
Lorraine	21	387	3,41%
Aquitaine	15	285	2,51%
Centre	11	269	2,37%
Franche-Comté	7	352	3,10%
Rhône-Alpes	19	267	2,35%
Poitou-Charentes	12	166	1,46%
Auvergne	7	62	0,55%
Haute-Normandie	6	64	0,56%
Limousin	5	44	0,39%
Guyane	1	25	0,22%
Corse	1	17	0,15%
Martinique	1	5	0,04%
Guadeloupe	2	3	0,03%
Total	352	11344	100%

Cette statistique régionale est proposée aux agences régionales de santé pour qu'elles connaissent les pratiques de signalement des établissements. Elle ne saurait en aucun cas déterminer les régions les plus exposées au phénomène.

La région Ile de France représente 30% des déclarations avec 3458 signalements en 2012 soit 53 établissements déclarants.

Depuis 2012, l'assistance publique des hôpitaux de Paris (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 évènements au profit de celui de l'ONVS. Elle mène une politique exhaustive de déclaration et a ainsi fait remonter au niveau national 3038 incidents d'atteintes aux personnes comme aux biens.

Graphique 1. Données 2012 en Ile de France



Concernant les autres régions, l'implication des établissements 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 vont 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, perçoivent moins l'utilité du signalement.

I.2 Les types d'établissements déclarants

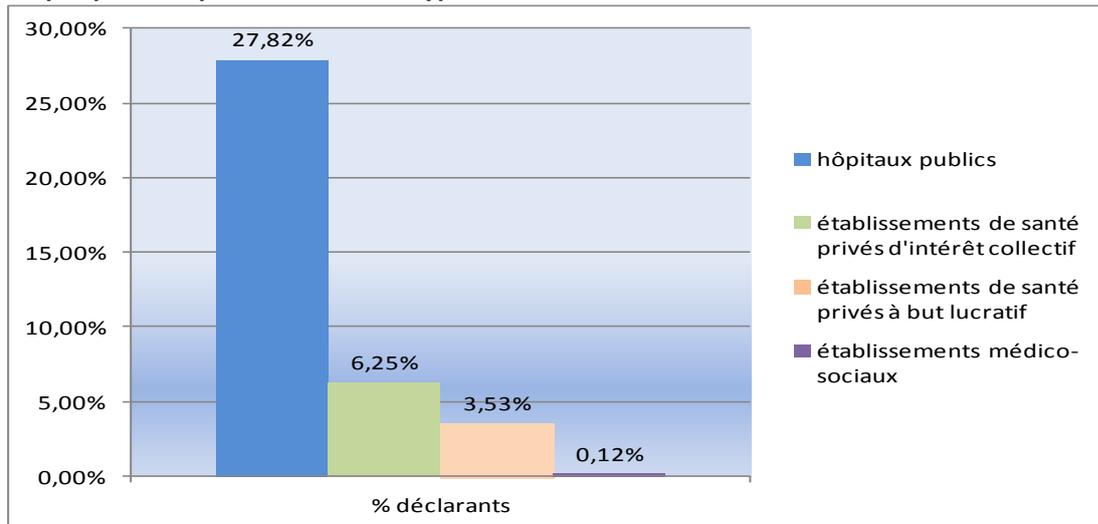
Tableau 2. Présentation de la participation de l'hôpital public

Types d'établissements	Nb déclarants	Nb total	% déclarants	% des signalements
CHU/CHRU	14	33	42%	34%
Centres hospitaliers généraux	168	810	21%	39%
Etablissement public de santé mentale	39	90	43%	19%
				92%

La part de l'hôpital public dans les déclarations reste prédominante avec près de 30% des établissements qui participent à l'alimentation de la plate-forme. Ils ont ainsi été à l'origine de 10 390 signalements soit 92% de l'ensemble.

En 2012, 42% des centres hospitaliers universitaires et 21% des centres hospitaliers généraux ont fait remonter 8250 signalements d'incidents de violence. Il en a été de même pour 43% des centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie (2139 signalements).

Graphique 2. Répartition selon le type d'établissement



Les établissements de santé privés (à but lucratif ou non) ont participé à hauteur de 10% (soit 90 établissements) et ont procédé à 627 signalements en 2012.

—> **En 2012, 12 % des établissements sanitaires (publics et privés) ont signalés des actes de violence sur la plate-forme de l'ONVS.**

Tableau 3. Répartition des déclarations par type d'établissement

Déclarations 2012	Nb établissements	Nb déclarants	% déclarants	
hôpitaux publics	931	259	27,82%	*Les " hôpitaux publics" regroupent les centres hospitaliers généraux (CHR/CHRU), les centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie et les anciens hôpitaux locaux.
établissements de santé privés d'intérêt collectif	720	45	6,25%	*Les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) regroupent les établissements privés à but non lucratif, les centres de lutte contre le cancer et l'hospitalisation à domicile.
établissements de santé privés à but lucratif	1275	45	3,53%	*Les établissements de santé privés à but lucratif regroupent ce que l'on appelle communément les "cliniques".
établissements médico-sociaux	2406	3	0,12%	*Les établissements médico-sociaux regroupent les établissements médico-sociaux publics et privés.
Total	5332	352	6,60%	

Dans le secteur médico-social, la connaissance du dispositif est encore très limitée et seuls 3 établissements ont déclaré des événements de violence en 2012 (soit 11 signalements).

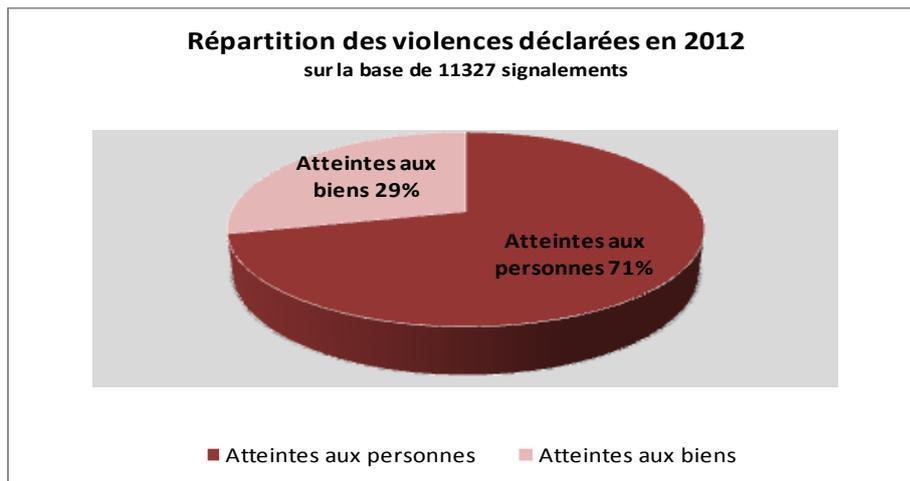
L'année 2012 ayant été une année de transition, avec la mise en place d'un nouveau système de remontée des incidents, il faudra sans doute attendre le bilan 2013 pour avoir une réelle avancée sur le nombre d'établissements déclarants. Le principe d'une déclaration en temps réel des événements s'est amorcé en 2013 et de nouveaux établissements manifestent la volonté de participer.

I.3 Les faits signalés en 2012

Les évènements signalés sont classés en deux catégories : les atteintes aux personnes et les atteintes aux biens. Pour chacune d'entre elle une échelle de gravité a été instaurée, calquée sur la classification du code pénal en crime, délit, contravention, en fonction de la réponse pénale apportée (tableaux 6 et 7).

Ainsi en 2012, 8083 signalements concernaient des atteintes aux personnes et 3244 des atteintes aux biens.

Graphique 3. Répartition des signalements de violences

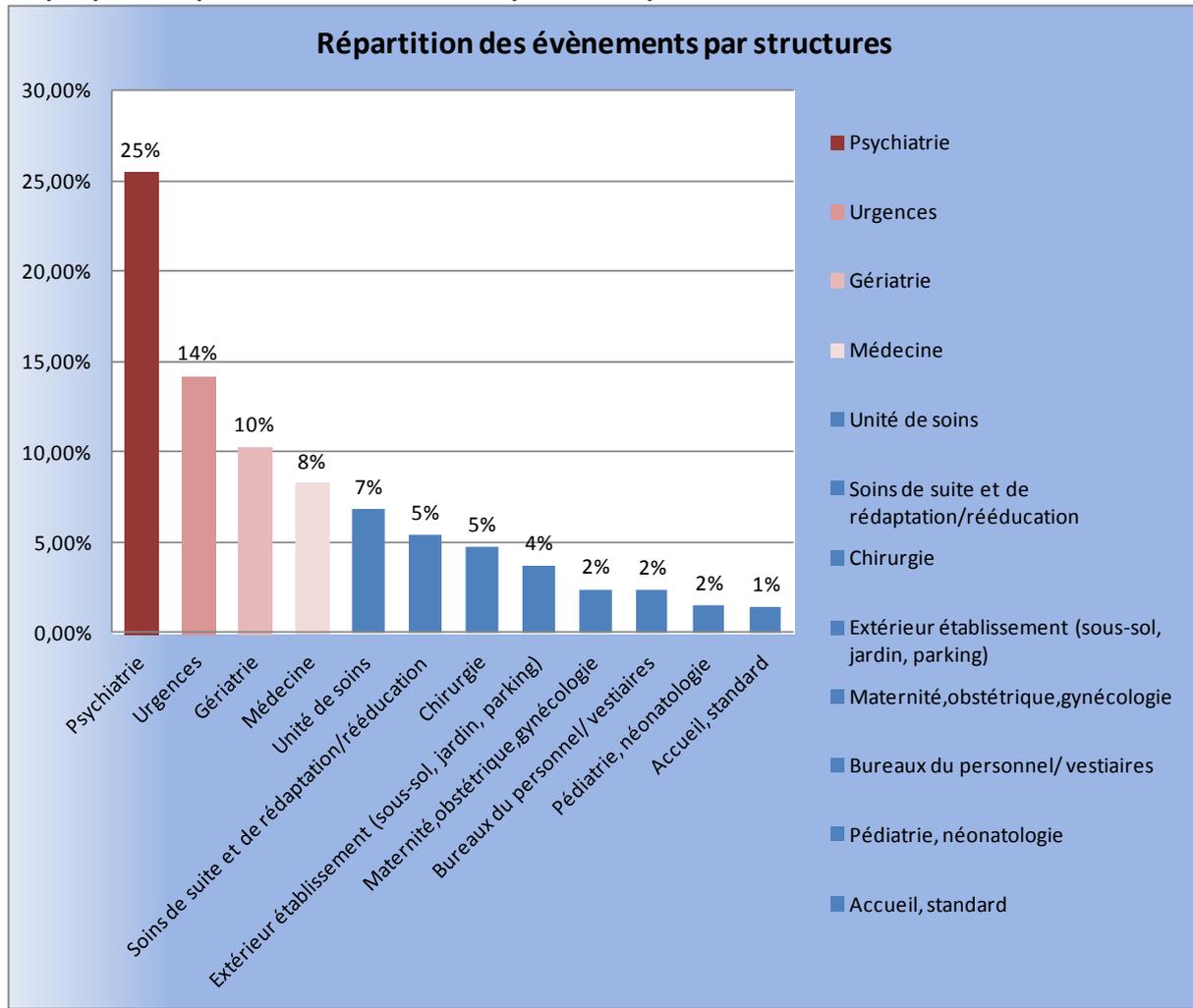


Dans la logique du système déclaratif mis en place lors de la création de cet observatoire, les établissements font remonter majoritairement des atteintes aux personnes (à l'exception notable de l'APHP pour les raisons mentionnées supra). En effet, ce type d'atteinte pour des raisons évidentes est celui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

Des évènements signalés en 2012, on constate que tous les services sont exposés¹ à des phénomènes de violence, cependant certains lieux et certaines activités sont plus concernés.

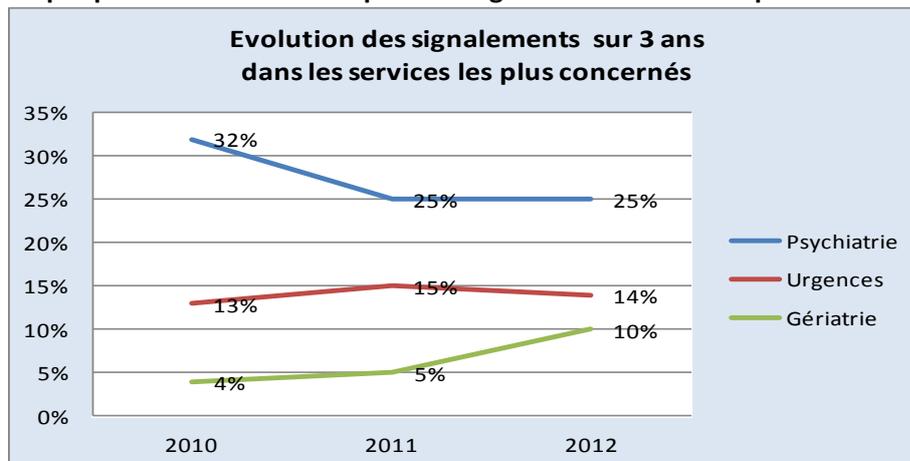
¹ Selon le panorama des établissements de santé Edition 2012 (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), au cours de l'année 2010 les établissements de santé ont pris en charge 25,9 millions de séjours répartis en 12,1 millions d'hospitalisations à temps complet et 13,8 millions de venues en hospitalisation partielle ou de moins de un jour.

Graphique 4. Répartition des évènements par lieu ou par service



Toutes atteintes confondues, les services les plus impactés ont été la psychiatrie avec le quart des incidents déclarés, les urgences et les services accueillant des personnes âgées.

Graphique 5 : Evolution de la part des signalements sur 3 ans pour les services les plus concernés



Sur les trois dernières années, on peut observer une évolution assez significative concernant ces services. Si la part de la psychiatrie qui a fortement diminué en 2010 tend à se stabiliser,

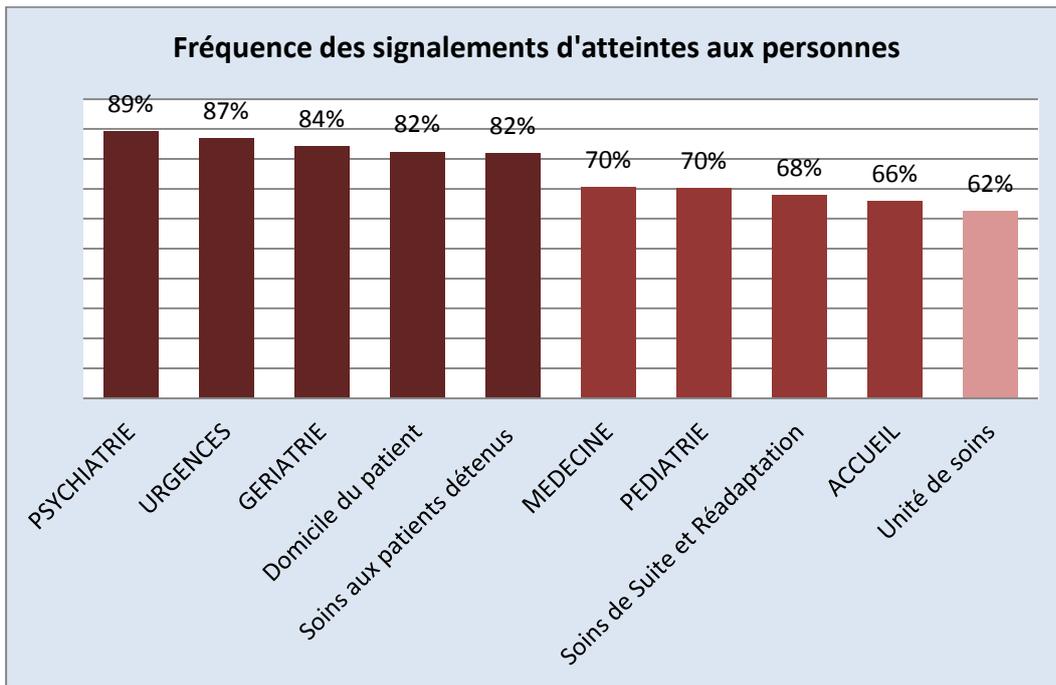
celle de la gériatrie augmente. Quant à la proportion du nombre de signalements émanant des services d'urgence, elle reste stable.

Tableau 4. Répartition des signalements d'atteinte par type de structure

Type de lieu ou de service	Nombre de faits signalés 11 344	Part des déclarations	Atteintes Aux personnes 71,45 %	Atteintes aux biens 28,88%
Psychiatrie	2886	25,44%	22,73%	4,03%
Urgences	1611	14,20%	12,33%	2,75%
Gériatrie	1166	10,28%	8,67%	1,15%
Médecine générale	932	8,22%	5,79%	2,75%
Unité de soins	773	6,81%	4,26%	1,67%
Soins de suite et de réadaptation	614	5,41%	3,68%	1,55%
Chirurgie	541	4,79%	2,37%	2,31%
Extérieur établissement (sous-sol, jardin, parking)	420	3,70%	0,93%	2,68%
Maternité, gynécologie, obstétrique	272	2,40%	1,26%	1,12%
Bureaux du personnel/ Vestiaires	266	2,34%	0,27%	2,02%
Pédiatrie, néonatalogie	171	1,51%	1,06%	0,48%
Accueil, standard	164	1,45%	0,95%	0,45%
Radiologie	89	0,78%	0,44%	0,25%
Services techniques, sécurité	82	0,72%	0,23%	0,42%
Réanimation	70	0,62%	0,40%	0,28%
Addictologie/ alcoolologie	69	0,61%	0,42%	0,18%
Domicile du patient	57	0,50%	0,41%	0,10%
Laboratoire	51	0,45%	0,17%	0,28%
Unité sanitaire pour patients détenus (en centre de détention ou dans un établissement de santé)(UCSA/UHSA/UHSI)	39	0,34%	0,28%	0,08%
Pharmacie	35	0,31%	0,11%	0,17%
Non précisé	1036	9,13%	4,73%	4,12%

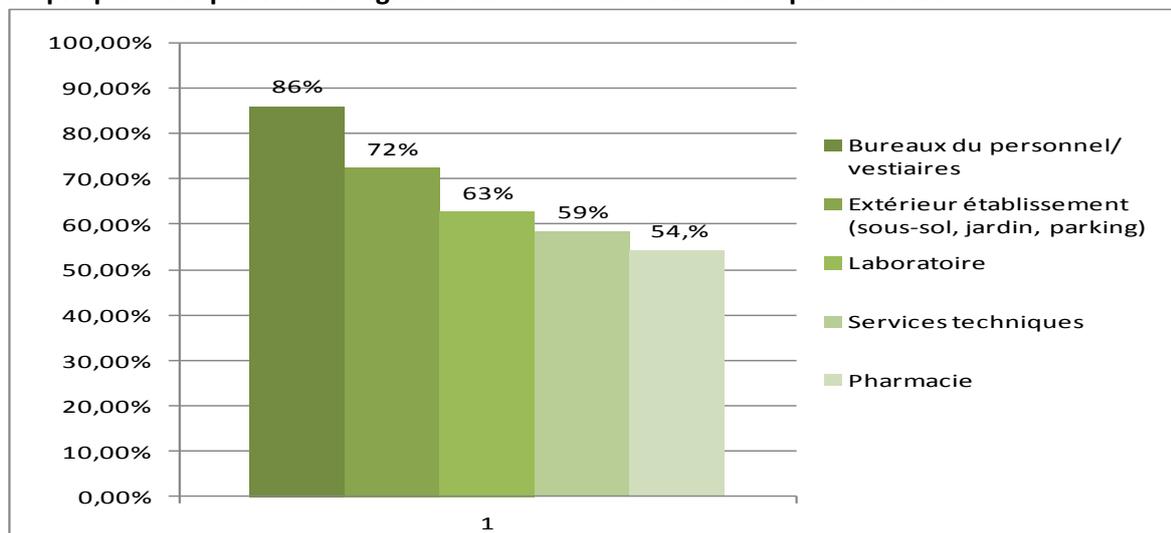
Au sein des établissements, les différents services ne sont pas touchés de la même manière par les atteintes aux personnes ou aux biens. Le constat est différent si l'on distingue entre les types d'atteintes. Certains services en raison de leur patientèle seront plus concernés par des violences faites 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. A l'inverse, d'autres lieux seront plus touchés par une délinquance d'appropriation ou des dégradations (bureaux et vestiaires, parking, laboratoire, pharmacie). Enfin, les signalements provenant de services de chirurgie, maternité, gynécologie concernent dans une proportion égale des atteintes aux personnes et des atteintes aux biens.

Graphique 6. Proportion des signalements d'atteintes aux personnes par structure



Les services de psychiatrie, d'urgences et de gériatrie recensent quasi exclusivement des atteintes à la personne (verbales ou physiques), la part des atteintes aux biens s'y révélant beaucoup plus marginale.

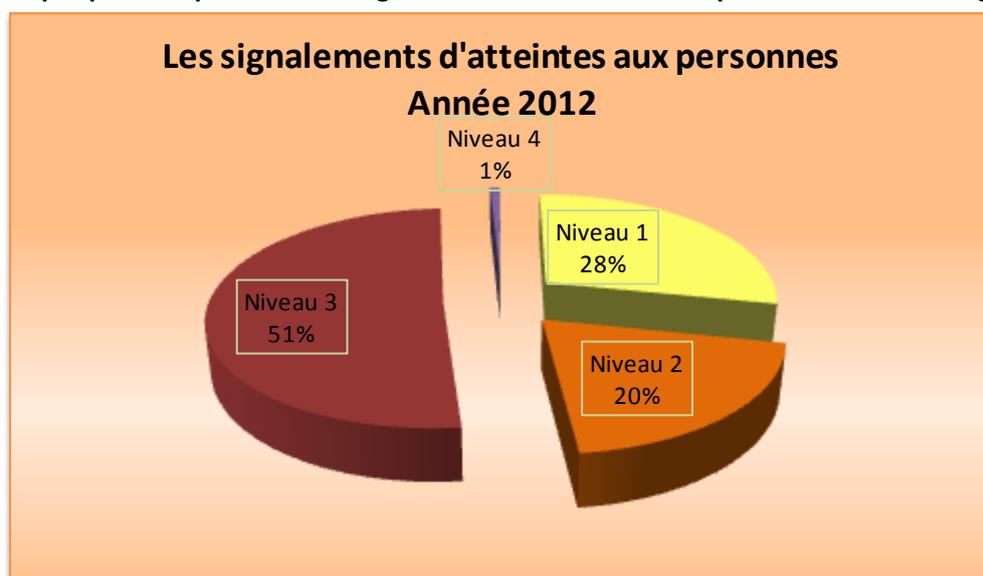
Graphique 7. Proportion des signalements d'atteintes aux biens par structure



I.4 Les atteintes aux personnes

En 2012, 8083 signalements d'atteintes aux personnes ont été recensés par l'ONVS.

Graphique 8. Répartition des signalements d'atteintes aux personnes selon leur gravité



Pour 67 signalements il s'agit du niveau 4 de gravité (violences avec arme pouvant aller jusqu'au crime), soit 1% des atteintes aux personnes.

La majorité des atteintes aux personnes sont de niveau 3 (violences physiques) pour 51% (4110 signalements) ou de niveau 1 (injures, insultes) pour 28% (2283 signalements).

Le niveau 2 (menaces d'atteinte à l'intégrité physique) représente 20% de l'ensemble (1623 signalements).

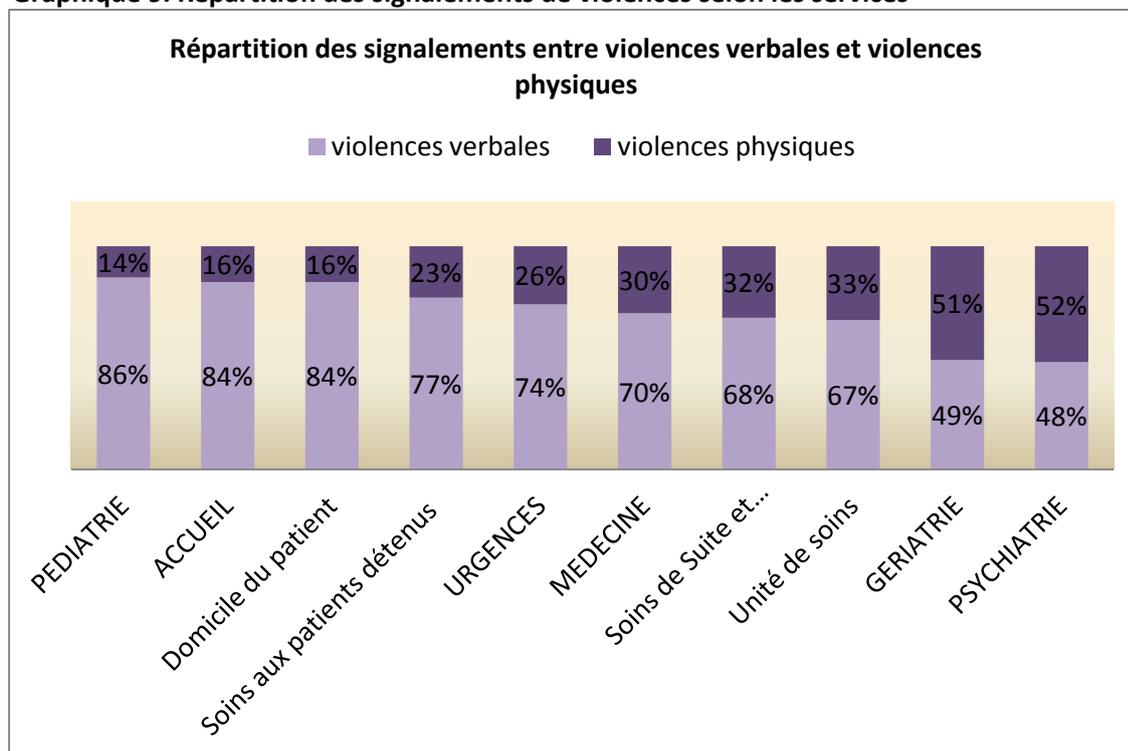
Tableau 5. Répartition des signalements d'atteintes aux personnes (sur la base de 8 468 faits)

Type d'atteintes aux personnes	Fréquence
violences physiques	47%
insultes, injures	25%
menaces	20%
chahut, nuisances, occupation des locaux	4%
menaces avec arme	1%
consommation d'alcool ou de stupéfiants	0,80%
agression sexuelle	0,80%
violences avec arme	0,50%
exhibition sexuelle	0,30%
port d'arme	0,10%
viol	0,10%
fait qualifié crime	0,10%

Tableau 6. Typologie des signalements d'atteintes aux personnes

Niveau de gravité	Atteintes aux personnes 2012	% de signalements
NIVEAU 1		28%
	Chahut, occupation des locaux, nuisances, salissures	4%
	Exhibition sexuelle	0,30%
	Injures, insultes et provocations sans menace (propos outrageants à caractère discriminatoire ou sexuel)	25%
NIVEAU 2		20%
	Consommation de substances illicites (stupéfiants) ou prohibées en milieu hospitalier (alcool)	1%
	Menaces d'atteintes à l'intégrité physique	20%
	Port d'armes (découverte lors d'un inventaire ou remise spontanée)	0,10%
NIVEAU 3		51%
	Agression sexuelle	1%
	Menaces avec arme par nature ou par destination (arme à feu, arme blanche, scalpel, rasoir, ou tout autre objet dangereux)	1%
	Violences physiques (atteintes à l'intégrité physique, bousculade, crachats, coups)	47%
NIVEAU 4		1%
	Violences avec arme par nature ou par destination	0,50%
	Viol	0,10%
	Tout fait qualifié de crime (homicide, violences volontaires entraînant mutilation ou infirmité permanente, enlèvement, séquestration...)	0,10%
	<i>le total par niveau peut être inférieur aux totaux détaillés car une seule déclaration peut recouvrir plusieurs infractions</i>	

Graphique 9. Répartition des signalements de violences selon les services



Les signalements d'atteintes aux personnes déclarées en 2012 se répartissent en proportion quasiment égale entre les agressions physiques (48,5 %) et les agressions verbales (46%).

Si l'on distingue selon les lieux où les événements se sont produits, cette répartition se révèle plus nuancée. Certains services seront principalement le lieu d'expression 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 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 facilitent le passage à l'acte.

Dans d'autres services, les déclarations font état en 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, plus de 80% des patients de psychiatrie sont suivis en ambulatoire². Parallèlement les établissements accueillent un nombre important de personnes hospitalisées sans leur consentement, en situation de tension aiguë. 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 violences spécifiques.

Par ailleurs, il faut noter que tous services et activités confondus, l'utilisation d'arme est exceptionnelle puisqu'une arme a été utilisée dans 1% des cas de menaces et dans 0,50% des cas de violences physiques.

En 2012, sur les 8083 faits d'atteintes aux personnes, la présence d'une arme a été notée dans 30 signalements : l'auteur a fait usage de cette arme dans 13 cas. Il s'agissait d'une arme blanche (5), d'une bombe lacrymogène (1) et dans les autres situations d'un objet utilisé comme arme (bistouri, canne, chaise, matériel médical,...). Ces incidents ont donné lieu à 15 dépôts de plainte et à une main courante.

Enfin, la part des infractions à caractère sexuel représente 1% des faits³ (exhibitions sexuelles, attouchements...). Dans 8 cas sur 10, ces faits ont lieu entre patients..

² «L'hôpital» Rapport IGAS 2012

³ 36 exhibitions sexuelles, 40 attouchements de nature sexuelle et 8 viols

La psychiatrie recense à elle seule 23% des atteintes aux personnes. 52% sont des violences physiques au cours desquelles le personnel hospitalier est victime dans plus de 8 cas sur 10.⁵ Il s'agit d'un secteur où le personnel est particulièrement exposé aux agressions physiques, aux menaces et aux abus verbaux. Le plus souvent liés à la pathologie des patients, on ne peut cependant exclure des actes purement délictuels.

Il apparaît clairement, au regard des signalements recueillis, que le seuil de tolérance est différent selon les équipes, les établissements ou les régions. On verra ainsi un établissement signaler une violence de niveau 3 (atteinte à l'intégrité physique, bousculades, coups) pour les faits suivants :

«En me disant bonjour, le patient m'a serré fortement le poignet gauche. Je lui ai demandé d'arrêter, ce qu'il n'a pas fait. J'ai crié et le personnel est arrivé.» et parallèlement pour le même niveau de gravité, un autre signalement où « Lors de la mise en chambre d'isolement, le patient sort un couteau mais nous avons juste eu le temps de fermer la porte. Il refuse de rendre le couteau et menace de mort une aide soignante et les autres membres du personnel. »

Dans ce secteur, les équipes soignantes identifient la violence au quotidien. Agressions verbales ou physiques, elles ne sont pas toujours prévisibles et les remontées assez conséquentes dans cette activité désignent peut-être un personnel de plus en plus vulnérable, pour qui la violence, même liée à la pathologie, semble de moins en moins tolérée :

«Patient intolérant à la frustration insulte, menace et tente de donner des coups de poing lors de la mise en pyjama.» «Le patient schizophrène, très délirant profère des menaces envers l'agent.» «Agressions verbales lors d'un débordement d'un patient».

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 (19 millions de journées en 2010), les 28000 places d'accueil en hôpital de jour ou de nuit (5 millions de journées en 2010) et les 1800 centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (2 millions de journées en 2010). *Panorama des établissements de santé Edition 2012 DREES*

⁵ 2886 signalements en 2012

I.5 Les atteintes aux biens

En 2012, 3244 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 2831 signalements représentant 87% de l'ensemble.

Le niveau 2 (vols avec effraction) avec 259 signalements représente 8% des faits, et le niveau 3 (dégradation de matériel de valeur, incendie, vols à main armée ou en réunion) 5 % avec 154 signalements.

Graphique 10. Répartition des signalements d'atteintes aux biens selon la gravité

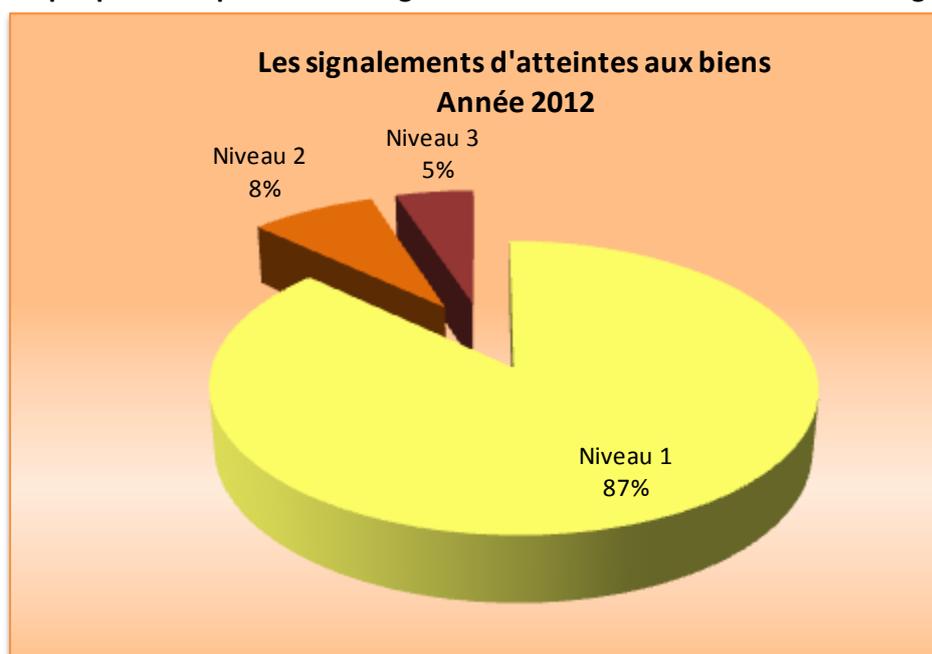


Tableau 7. Typologie des signalements d'atteintes aux biens

Niveau de gravité	Atteintes aux biens 2012	% de signalements
NIVEAU 1		87%
	Dégradations légères	22%
	Dégradations de véhicules (hors véhicules brûlés)	7%
	Vols sans effraction	58%
NIVEAU 2		8%
	Vols avec effraction	8%
NIVEAU 3		5%
	Dégradation ou destruction de matériel de valeur	4%
	Incendie volontaire (locaux, véhicule,...)	1%
	Vol avec arme ou en réunion	1

Les vols sans effraction et les dégradations légères sont les plus constatés (73%).

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

Tableau 8. Répartition des signalements d'atteintes aux biens (sur la base de 3 000 faits)

Type d'atteintes aux biens	Fréquence
Vols sans effraction	58%
Dégradations légères	22%
Vols avec effraction	8%
Dégradations de véhicules (hors véhicules brûlés)	7%
Dégradation ou destruction de matériel de valeur	4%
Incendie volontaire (locaux, véhicule,...)	1%
Vol avec arme ou en réunion	1 fait

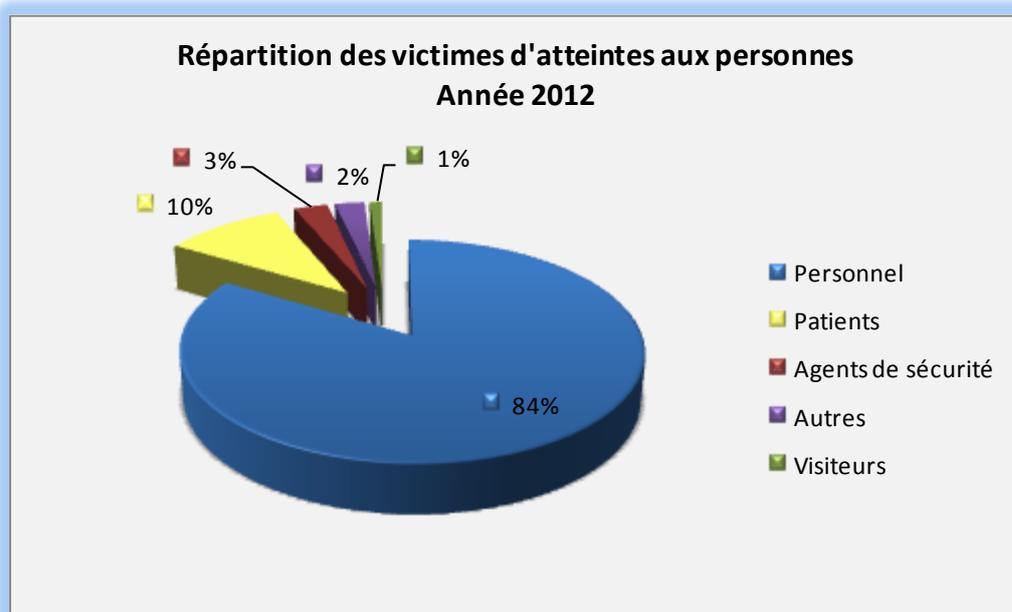
Pour plus de la moitié des événements signalés, l'établissement reste la principale victime. En ce qui concerne les dégradations, on constate qu'elles sont souvent le fait de patients et accompagnants énervés ou agressifs qui brisent des portes, des vitres, ou cassent des équipements.

II.5 ANALYSE DES VIOLENCES ENVERS LES PERSONNES

II.1 Typologie des victimes

En 2012, 9400 victimes d'atteintes aux personnes ont été recensées par l'ONVS.

Graphique 11. Répartition des victimes d'atteintes aux personnes parmi les incidents signalés



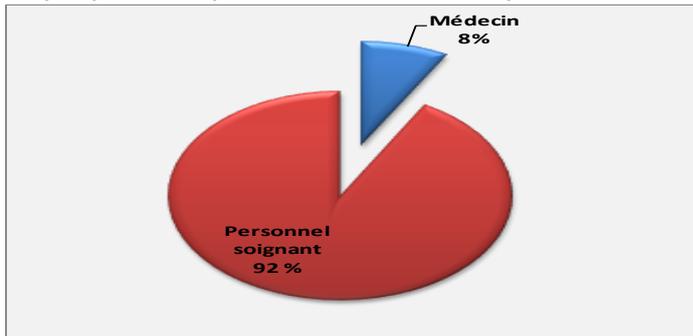
84% des victimes de violences soit 7860 personnes sont les personnels des établissements. On constate donc que le personnel⁶ est majoritairement impacté puisqu'il est concerné dans plus de 8 cas sur 10. Les patients constituent la deuxième catégorie de personne la touchée, avec cependant un nombre beaucoup plus faible de victime (947 soit 10%). Il peut néanmoins s'agir d'un biais lié à la méthode de recueil des signalements (l'établissement de santé transmet à l'ONVS un signalement qui émane, dans la plupart des cas, des personnels de l'établissement). Le personnel de sécurité n'apparaît que pour 3% des cas (266).

⁶ En 2010, le personnel des établissements de santé représentent 1 270 000 personnes (DREES 2012)

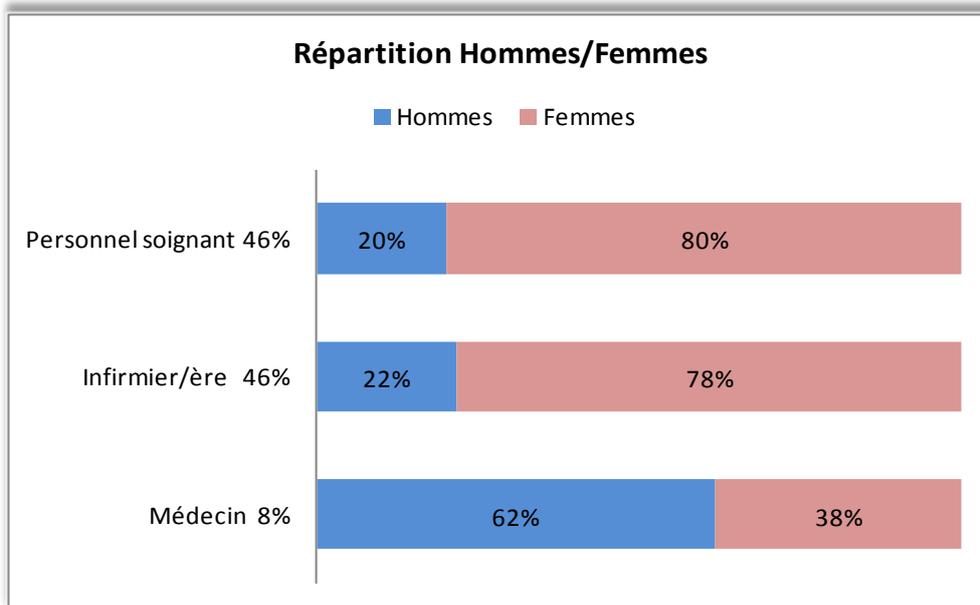
Le personnel de santé représente 95% de la catégorie « personnel victime », réparti entre le personnel soignant (92 %) et, dans une proportion plus faible, les médecins (8 %). Les catégories professionnelles touchées, dans les signalements transmis à l'ONVS, sont, par ordre décroissant, les infirmiers (3420), les autres personnels soignants (3391) et les médecins (603).

La part du personnel administratif qui représente 5% (soit 393 personnes) est constituée majoritairement de personnel affecté à l'accueil.

Graphique 12. Répartition des victimes « personnel de santé »



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



La présentation en fonction du sexe montre le pourcentage élevé de femmes victimes dans les deux catégories infirmières et autres personnels soignants (il faut bien sûr tenir compte du taux de féminisation des professions de santé)⁷.

Toutes victimes confondues, les atteintes aux personnes ont généré en 2012, 968 jours d'arrêt de travail et 658 jours d'incapacité totale de travail (ITT)⁸.

⁷ Selon le bilan social publié en 2011 par la DGOS, la part des femmes dans les personnels de santé des hôpitaux est de 43% pour le personnel médical et de 75% pour le personnel soignant.

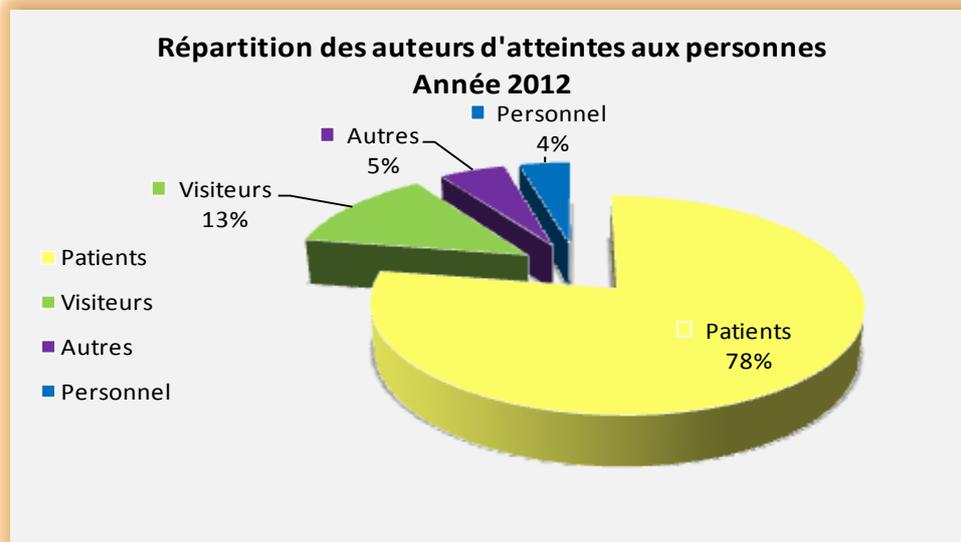
⁸ La notion juridique d'incapacité totale de travail est utilisée pour évaluer un préjudice. Elle correspond à la période pendant laquelle la victime est dans l'incapacité d'effectuer les actes de la vie courante.

II.2 Typologie des auteurs

En 2012, l'ONVS a comptabilisé 8055 auteurs de violences aux personnes.

Dans près de 9 cas sur 10, les auteurs des violences étaient des patients (6237) ou des visiteurs et accompagnants (1040).

Graphique 14. Répartition des auteurs d'atteintes aux personnes



FOCUS sur les services de gériatrie

Unité de soins de longue durée, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes sont des services qui font remonter un nombre de signalements en progression constante (1166 en 2012). Ces signalements concernent majoritairement des atteintes aux personnes (84 %) réparties de façon égale entre des violences verbales et des violences physiques. Ces violences le plus souvent dues à la pathologie des patients s'exercent sur les soignants :

«Lors de la prise en charge en soins d'un patient celui-ci pousse violemment le soignant contre le mur.» «Une patiente très agressive court dans les couloirs, tape dans les portes et les vitres avec ses mains, ses chaussons puis avec une chaise. Lorsque le personnel veut l'arrêter, elle griffe une collègue au bras.» «Un patient a tenté d'étrangler l'aide soignante qui procédait à ses soins d'hygiène.»

Dans un tiers des cas, ces violences s'exercent également sur les autres patients :

«Au moment du diner deux résidents s'insultent et veulent en venir aux mains. Une intervention des soignants est nécessaire pour éviter l'affrontement »«Un résident en gifle un autre car il l'empêche de dormir » « Un patient a poussé une patiente qui avait pris sa place et a pris la canne d'une résidente pour la frapper.»

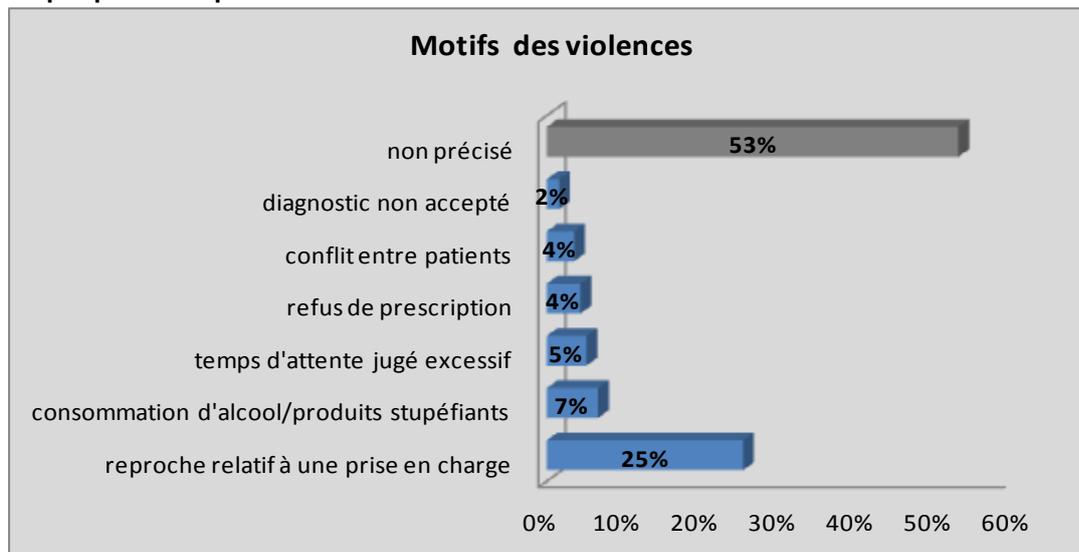
II.3 Les motifs des violences

Sur près de la moitié des atteintes aux personnes recensées, un motif à l'origine de l'incident a pu être identifié.

Dans un quart des cas (soit 1778 signalements), il est fait état d'un reproche relatif à la prise en charge du patient. Il est intéressant de constater que l'observatoire du conseil national de l'ordre des médecins qui a mené une étude similaire, obtient pour ce motif les mêmes résultats.

La consommation d'alcool ou de produits stupéfiants est la deuxième cause des violences avec 465 signalements. Les raisons liées à la longueur excessive du temps d'attente arrivent en troisième position avec 360 signalements.

Graphique 15. Répartition des motifs des violences



FOCUS sur le service des urgences⁹

Par définition 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.¹⁰

Les manifestations de violence signalées y sont de nature et gravité différentes ; sous forme d'agressions verbales, elles sont quotidiennes (74% d'injures et de menaces), et les agressions physiques y sont nombreuses (26%).

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.

⁹ En 2010, les 670 structures des urgences ont accueilli 17,5 millions de passages, soit une stabilisation par rapport à 2009. Sur une plus longue période, le nombre annuel de passages semble marquer un léger ralentissement après plusieurs années de hausse relativement soutenue (augmentation annuelle de 4% en moyenne depuis 1996). *Panorama des établissements de santé Edition 2012 DREES*

¹⁰ 1611 signalements en 2012

« La famille d'une patiente (4 personnes) se présente à nous pour entrer en zone de soins. Nous leur demandons de s'adresser à l'infirmière d'accueil et d'orientation, qui leur permettra de rentrer ou non dans le service. Insultes de la famille qui profite que la porte s'ouvre pour entrer sans autorisation des soignants. »

« Le père d'un enfant pris en charge s'impatiente et remet en cause les soins prodigués. Après plusieurs échanges verbaux, il menace un personnel de représailles.»

«Une famille arrive à l'accueil en hurlant et en voulant être prise en charge tout de suite»

«Deux individus invectivent un médecin et la menacent car ils estiment le délai d'attente trop long et veulent passer devant les autres patients».

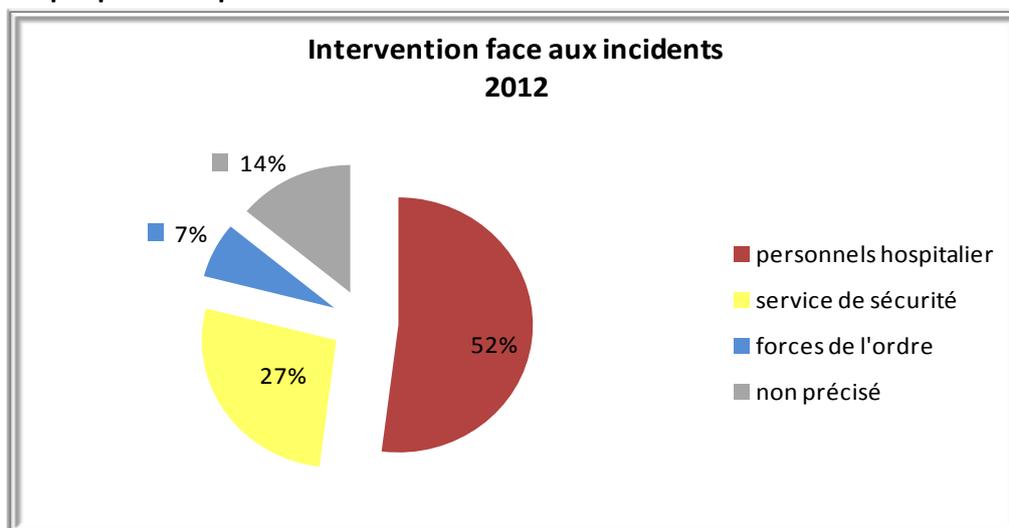
«agression à l'accueil des urgences par un patient alcoolisé»

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).

II.4. La gestion des événements de violence

74% des événements de violence signalés en 2012 ont donné lieu à une intervention du personnel ou d'intervenants extérieurs.

Graphique 16. Répartition des interventions

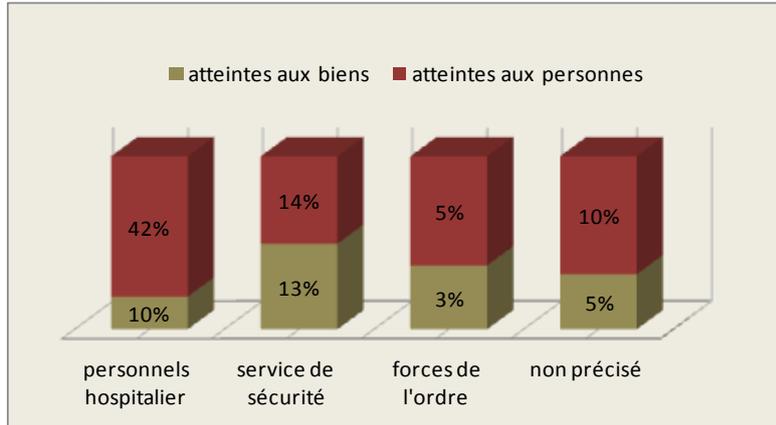


Comme les années précédentes, il faut constater que le personnel hospitalier est en première ligne lors de la survenue d'un incident de violence.

Les formations professionnelles dispensées sur la gestion des tensions et de l'agressivité ou à l'abord de patients agités peuvent se révéler extrêmement utiles dans ce genre de circonstances. De plus en plus d'établissements de santé en proposent à leur personnel.

Les interventions concernaient des atteintes aux personnes pour 7 sur 10 d'entre elles.

Graphique 17. Répartition des interventions selon le type d'atteinte



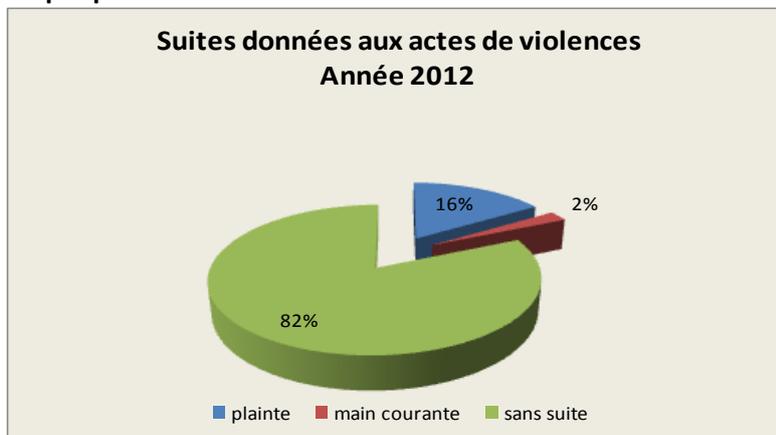
Au regard du type d'atteinte observée, il est tout particulièrement nécessaire de formaliser les procédures d'alerte afin de gérer au mieux la suite des événements et, si besoin est, de requérir dans les meilleurs délais l'intervention des agents de sécurité ou des forces de l'ordre.

II.5. Les suites engagées

En 2012, les événements de violence signalés par les établissements ont donné lieu à 1818 dépôts de plainte et à 260 mains-courantes. Les deux tiers de ces démarches concernaient des faits d'atteintes à la personne.¹¹

Dans 8 cas sur 10, les victimes n'ont pas engagé de poursuite.

Graphique 18. Suites données aux actes de violences



Les suites judiciaires n'étant pas systématiquement renseignées sur les déclarations faites à l'ONVS, il est peu pertinent d'en tirer des conclusions. Quoiqu'il en soit en 2012, les signalements de violences ont donné lieu à 24 condamnations à des peines de prison, 8 condamnations à des peines d'amende et 19 rappels à la loi.

Il est 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.

¹¹ 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).

III. LA PREVENTION DE LA VIOLENCE

Au niveau central comme au niveau local, la promotion des mesures de prévention apparaît indispensable.

III.1 Prévention des risques psychosociaux

La mise en œuvre d'une politique en matière d'amélioration des conditions de travail repose sur l'élaboration d'outils de prévention des risques professionnels. A ce titre, le document unique d'évaluation des risques professionnels constitue un des axes majeurs des actions devant être entreprises par les chefs d'établissement¹². 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.

Dans cette démarche globale, la prévention des risques psychosociaux doit occuper une place prépondérante dans les établissements de santé. Liés aux conditions générales et aux modes d'organisation du travail, ils ont des incidences reconnues sur la santé physique et mentale. S'ils sont dommageables pour la santé des agents, ils rejaillissent également sur la qualité du service rendu aux usagers. Parmi les facteurs de risques clairement identifiés, la confrontation à des situations de violence a été mise en avant.

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 santé¹³. Les établissements retenus vont ainsi pouvoir bénéficier d'un accompagnement financier sur trois ans.¹⁴

Parmi les 11 projets sélectionnés, 3 comprennent des propositions relatives au sentiment d'insécurité au travail et à la prévention des phénomènes de violence.



Projet du CH de Montluçon (03)

Dépendant de la région Auvergne, ce centre hospitalier est situé au sein d'un bassin d'attraction de 180 000 habitants. Il propose 895 lits et places dans les activités de médecine, chirurgie, obstétrique, unité d'hospitalisation de très courte durée, hospitalisation à domicile, centre d'action médico-sociale précoce, psychiatrie et gériatrie avec un personnel médical de 171 personnes et un personnel non médical de 1793 agents.

Le projet présenté fait apparaître que le CH de Montluçon est un établissement en mutation avec une forte augmentation de l'absentéisme, un turn-over important et une augmentation des déclarations de violence. Sur ce dernier point l'analyse précise que «les violences à l'hôpital sont devenues plus fréquentes, de moins en moins tolérées et qu'elles doivent conduire à une politique clairement définie permettant un accompagnement des équipes tant au niveau psychologique que juridique».

¹² 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.

¹³ 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 psycho-sociaux.

¹⁴ Le financement s'élève à 1 million d'euros annuel réparti sur l'ensemble des 11 projets.

Pour répondre à cette problématique, la démarche de prévention vise à identifier, dans l'organisation et l'environnement du travail, les causes potentielles et à planifier des mesures susceptibles d'éviter les risques en amont.

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.

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 2011-2013 (CLACT).



Projet du CH de Niort (79)

Avec un effectif en personnel (hors médecin) de plus de 2800 agents, le centre hospitalier de Niort a mis en place depuis plusieurs années des outils de mesure et de prévention des risques psychosociaux, notamment un questionnaire de satisfaction mis en œuvre tous les quatre ans auprès du personnel.

La dernière enquête réalisée en 2012 fait apparaître, une évolution négative portant sur le sentiment d'insécurité (28% en 2008 contre 32% en 2012).

Les principales causes avancées font état (outre de la charge de travail trop élevée et du fait de travailler seul la nuit et le weekend) de l'agressivité des patients et des accompagnants.

Dans le plan des 8 actions présenté par l'établissement pour répondre au projet de prévention des risques psychosociaux, l'action 3 concerne plus spécifiquement la formation du personnel afin de développer les compétences des agents en matière de communication non-violente et de gestion de l'agressivité.



Projet du CHU- Hôpitaux de Rouen (76)

Le centre hospitalier universitaire Hôpitaux de Rouen regroupe 5 établissements de soins et d'hébergement pour une capacité d'accueil de 2455 lits et places. Comptant 9649 agents dont 2171 personnel médical, c'est le premier employeur de Haute Normandie.

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 6 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.

Le projet présenté pour répondre à l'appel à candidature 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 ».

III.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 facile 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.



CHRU de Nîmes (30)

Ce centre hospitalier qui a une capacité d'accueil de 1845 lits et places et emploie 5444 personnes (4400 personnel hospitalier et 1044 personnel médical (dont 460 internes et étudiants)), a mis en œuvre depuis 2007 une politique de prévention et de lutte contre la malveillance. Différents axes de travail ont été développés à la fois dans le domaine de la collecte des informations, de la prévention des incidents et de la gestion des violences.

En s'appuyant sur la centralisation des données collectées par l'ONVS et un observatoire local qui permet d'affiner et d'adapter les actions et les projets en fonction des problématiques locales, le plan de prévention s'articule autour :

- du renforcement des dispositifs de protection : personnels de sécurité,
- de la sécurisation des sites, gestion des flux, aménagement des locaux
- d'actions de sensibilisation, information et communication du dispositif auprès de tout le personnel hospitalier (réunion service, relève...)
- de formation générale et spécifique des professionnels à la gestion de l'agressivité (pour tout personnel confondu et par pôle)
- de l'accompagnement des victimes : administratif, juridique et psychologique.

Cette politique repose également sur une forte implication des autorités locales avec la déclinaison du protocole national sur la sécurité des établissements de santé et la mise en place d'une convention (mise à jour en 2013) entre la direction de la sécurité publique du Gard et le CHRU de Nîmes, en lien avec le parquet et sous l'égide du Préfet du département. Il est intéressant de préciser qu'une formation « gestes techniques professionnels d'interventions en milieu hospitalier », est dispensée chaque année aux agents du service sécurité des biens et des personnes. Elle est adaptée au plus près de la réalité du terrain et apprend à maîtriser avec professionnalisme et dans un strict respect des règles

déontologiques hospitalières, les patients agressifs. En 2012, le service sécurité des biens et des personnes du CHRU de Nîmes a réalisé 943 interventions liées à la violence verbale ou physique dont 797 sur des patients et 146 sur des visiteurs.

Depuis 3 ans, le CHRU organise au mois de juin des journées anti-malveillance avec des points d'informations, des conférences et des échanges sur cette thématique de la violence à l'hôpital.



APHM Hôpital La TIMONE (13)

Ce centre hospitalier universitaire a une capacité d'accueil de 1094 lits et places et emploie 5853 personnes (4994 non médicaux et 859 médicaux). Il est situé dans les quartiers Centre de Marseille.

Afin de répondre à la problématique des incidents de violence, la direction et les équipes soignantes ont réfléchi aux mesures à mettre en place. Les événements sont ainsi recensés à l'aide des outils de déclaration (le logiciel de qualité et de gestion des risques pour la santé Blue Medi et la plate-forme ONVS) puis analysés.

- Urgences enfants et adultes

Bien souvent générés par la longueur du temps d'attente et une notion des priorités médicales pas toujours bien comprise, les incidents peuvent également être accentués par les phénomènes de groupe et la consommation d'alcool.

- Service de réanimation pédiatrique

Le traumatisme généré par l'admission d'un enfant en réanimation peut entraîner pour la famille de l'incompréhension et des malentendus qui peuvent conduire à des agressions verbales.

- Agressivité entre personnels

Fatigue et stress peuvent être à l'origine de tensions entre les personnels.

Différentes actions sont ainsi menées dans les domaines suivants :

Prévention des incidents :

- une médiatrice est placée au niveau de l'accueil des urgences
- un agent de sécurité est posté aux urgences
- développement du travail partenarial avec les forces de sécurité et la justice
- un groupe d'accueil jour et nuit est mis en place en réanimation pédiatrique afin de mieux répondre au questionnement des parents
- des formations à la gestion du stress et de l'agressivité sont proposées au personnel

Gestion des incidents :

- systématisation du dépôt de plainte
- mise en œuvre de la protection fonctionnelle de l'agent
- travail de suivi avec la médecine du travail

Ces quelques exemples permettent de mesurer la difficulté de la tâche et la nécessité d'y associer tous les acteurs. A cet effet, la direction de l'établissement a organisé en octobre 2012 une conférence sur la violence (en collaboration avec la MACSF et l'ONVS) afin de lancer le débat sur le sujet et d'ouvrir la voie à des mesures concrètes.



Hôpital de pédiatrie et de rééducation de Bullion (78)

Cet établissement implanté dans le département des Yvelines propose 130 lits et 10 places et emploie 335 personnes. Confrontée à une multiplication des incidents causés en particulier par le comportement d'adolescents nécessitant une prise en charge pour obésité morbide, la direction a initié en 2012 un « projet de prévention, de canalisation et de contrôle des comportements déviants, violents ou agressifs de certains patients ».

Un groupe de travail « santé/violence » composé de représentants des différentes disciplines (santé, rééducation, psychologie, social, éducatif,...) a permis de mutualiser les connaissances et les compétences et de mettre en place plusieurs outils :

- une cellule de veille et alerte chargée d'étudier les comportements des patients et d'identifier les signes précurseurs. Animée par plusieurs professionnels de l'établissement, elle se réunit une fois par semaine et se prononce sur des décisions à prendre au regard des situations (sorties anticipées ou éventuelles exclusions de patients ; demande d'intervention de services extérieurs (gendarmerie, brigade des mineurs, psychologue) ; information de la famille, de l'administration, des assistantes sociales...)
- des conseils de vie réunissant professionnels et patients
- des groupes de parole
- la formalisation des protocoles de conduite à tenir en cas d'incidents violents
- des formations du personnel à la gestion des comportements agressifs.

La démarche impliquant tous les personnels de l'établissement vise à responsabiliser les patients et leur famille. Depuis la mise en place de ce protocole, il y a un an, l'évaluation permet d'en constater de manière notable et très positive les effets préventifs.



APHP Hôpital Robert Debré (75)

Prévention des agressions aux urgences pédiatrique

Pr Jean-Christophe Mercier, chef du Service des Urgences pédiatrique

Dr Alain Mercatello, Direction du service aux patients, qualité et gestion des risques

L'hôpital Robert Debré est situé dans le nord de Paris qui est caractérisé par de nombreuses familles immigrées ou défavorisées et ayant de nombreux enfants. Il reçoit près de 80 000 passages par an avec des pics d'activité de 300 à 350 enfants vus par jour lors des épidémies hivernales. Pourtant, le nombre de déclarations par les professionnels d'agressions ou d'incivilités verbales reste peu important et surtout stable depuis plusieurs années (Fig. 1).

Trois éléments mis en place par le chef de service et par l'hôpital peuvent expliquer ce constat.

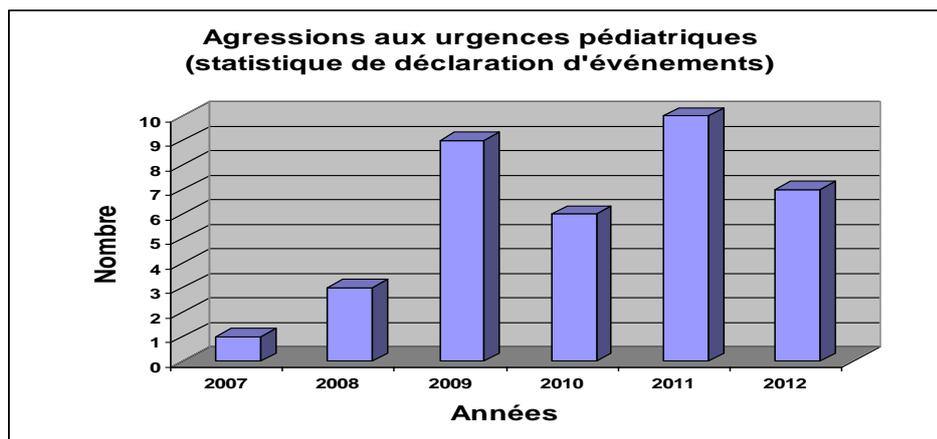
Le premier réside dans l'adoption d'une démarche volontariste de **respect des personnes**. On ne passe pas dans les couloirs, indifférent aux familles ; on les salue et on sourit. Lors de la consultation, on se présente et, par un interrogatoire ciblé qui est essentiel à la démarche diagnostique, on personnalise l'entretien de sorte à ce que les familles, même les plus défavorisées ou comprenant mal le français, se sentent comprises.

Le deuxième élément a résidé dans la **division des flux** des patients entre « *urgences prioritaires* » et « *consultations simples* » sans rendez-vous de sorte à ce que toute famille dont l'enfant a été classé comme « *non prioritaire* » ne voit pas la famille arrivée longtemps après elle lui passer devant. Nous avons pu profiter des travaux de rénovation du service en 2008 pour diviser les salles d'attente et pour prolonger la « *consultation simple* » assurée tous les jours de semaine à heures ouvrables par les médecins du service des urgences en une consultation libérale assurée par le Centre Médical Europe en soirées (19h-24h) et les week-ends (10h-24h), ce qui permet ainsi aux médecins des Urgences de prendre le temps nécessaire pour s'occuper des « *vraies urgences* ».

Enfin, la présence d'un agent de sécurité de 10 h à minuit permet de dissuader les parents les plus belliqueux.

La plupart des agressions verbales font l'objet d'une « *main courante* » au poste de police. Lorsque l'agression est jugée trop importante, le rappel au règlement est effectué par les officiers de police judiciaire par une convocation de la personne au commissariat.

Ainsi, une personnalisation des contacts humains, des modifications architecturales et la présence d'un agent de sécurité ont permis de garder à un niveau exceptionnellement bas les plaintes, les incivilités et les agressions physiques observées dans un Service d'Urgences pédiatriques qui est probablement le plus actif de France.



IV. LES MODALITES D'ACCOMPAGNEMENT

La démarche initiée par l'ONVS vise à la fois à coordonner les actions et à accompagner les établissements.

IV.1 Le partenariat

Le protocole signé le 12 août 2005 entre les ministères de la santé et de l'intérieur était 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 afin de permettre une nouvelle dynamique dans son application en y associant le ministère de la justice.

Les principales mesures concernent la désignation de correspondants «les référents sûreté»

qui vont pouvoir en appliquant les méthodes de la prévention situationnelle apporter leurs conseils en matière de prévention de la malveillance ; la mise en place d'un système d'alerte privilégié ; l'organisation de circuits particuliers pour certains patients ; la facilitation du dépôt de plainte pour les personnels victimes et le suivi judiciaire.

Au fil des ans, la déclinaison locale de ce protocole s'est progressivement étendue à tout le territoire, on peut ainsi recenser près de 600 protocoles signés dans les départements et plus de 800 correspondants locaux désignés.

Pour l'année 2012, le bilan des actions de prévention menées au bénéfice des établissements de santé fait état de :

- 33 actions de communication et de sensibilisation
- 34 consultations de sûreté
- 14 diagnostics et audits de sûreté
- 3 études de sûreté et de sécurité publique.

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 signés par l'ensemble des professionnels constitués en ordres nationaux (7) et par les organisations syndicales des professionnels de santé (21) 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 agences régionales de santé (ARS), tout en engageant les présidents des conseils nationaux des ordres et les représentants syndicaux des professionnels de santé concernés.

En 2012, 68 départements ont pris en compte le processus de déclinaison territoriale du protocole relatif à la sécurité des professionnels de santé libéraux.

Si les protocoles nationaux sont un socle nécessaire dans une politique de prévention et de gestion des phénomènes de violence, la trame qu'ils proposent doit toutefois être adaptée aux spécificités des établissements et des professionnels de santé. D'où l'importance de les décliner localement en objectivant les situations particulières et en définissant les priorités à mettre en œuvre.

IV.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.

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

L'Observatoire a ainsi effectué une quinzaine de déplacements en 2012.

IV.3 Les fiches réflexes «accompagnement des victimes de violences»

En mars 2012, la direction générale de l'offre de soins (DGOS), par le biais de son observatoire national des violences en milieu de santé (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 : 2 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.¹⁵

V. CONCLUSION

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

Ces éléments font que l'analyse des données, et des déterminants est particulièrement peu aisée.

Pour autant, certaines mesures développées sur le terrain portent leurs fruits, et parviennent à prévenir, ou à mieux gérer ces situations. L'observatoire a besoin des professionnels pour développer ses missions et le recueil des bonnes pratiques.

La direction générale de l'offre de soins continuera de soutenir les actions de prévention qui doivent être conduites à un niveau local, au plus proche des professionnels et des patients. Elle souhaite rappeler que la violence, même si elle est inhérente à la société, n'est pas une fatalité.

• ¹⁵ Les fiches réflexes sont téléchargeables depuis les sites de [l'ONVS](#), de la [FHF](#) et de la [MACSF](#).



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 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, Garde 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

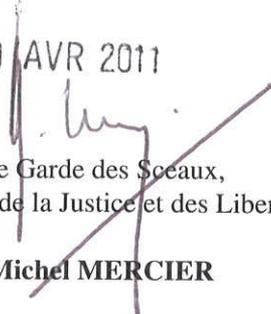
Le présent protocole sera décliné dans chaque département en tenant compte de l'environnement territorial propre à chaque profession de santé et en lien avec la mise en œuvre du protocole conclu avec les organisations syndicales représentatives.

Article 9

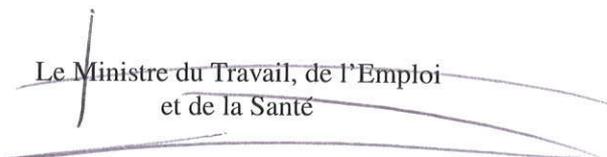
A l'initiative du ministère de l'Intérieur, les services compétents des trois ministères signataires ainsi que les ordres des professions de santé concernées procéderont à une rencontre annuelle qui sera l'occasion d'examiner les bilans de mise en œuvre du protocole aux fins d'évaluer les réalisations 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

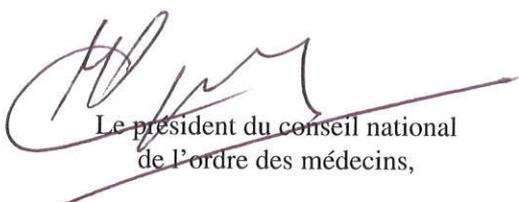
Michel MERCIER


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

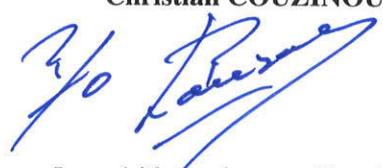
Le président du conseil national
de l'ordre des chirurgiens-dentistes,

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.

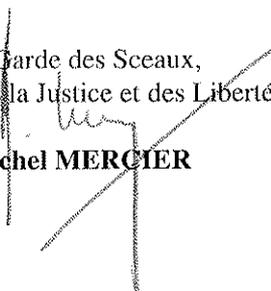
Article 9

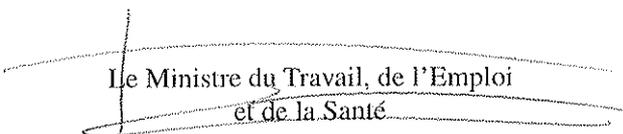
A l'initiative du ministère de l'Intérieur, les services compétents des trois ministères signataires ainsi que les organisations syndicales représentatives des professionnels de santé procéderont à une rencontre annuelle qui sera l'occasion d'examiner les bilans de mise en œuvre du protocole aux fins 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

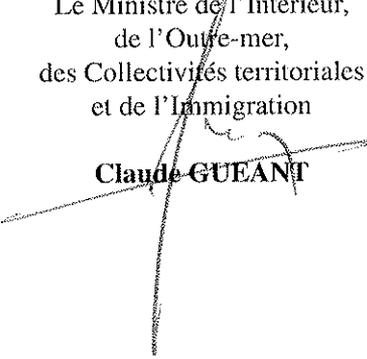
Le Garde des Sceaux,
Ministre de la Justice et des Libertés


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

D. C. M.

Le président de la Fédération Nationale des Infirmiers (FNI)

Philippe TISSERAND

Le président de Convergence Infirmière

Marcel AFFERGAN

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

Dr Roland L'HERRON



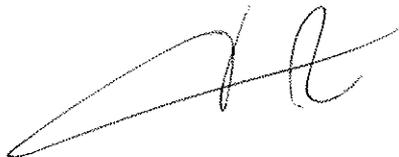
Le président de l'Union des Jeunes Chirurgiens-Dentistes - Union Dentaire (UJCD-UD)

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)

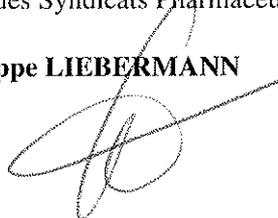
Stéphane MICHEL

Xavier GALLO



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

Philippe LIEBERMANN



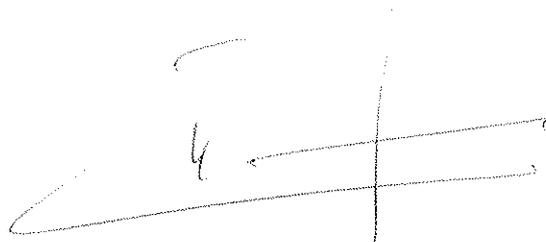
Le président de l'Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine (USPO)

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.



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

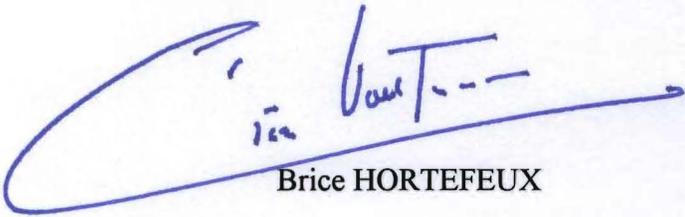
Dans le cadre d'un comité de suivi, les services compétents des trois ministères procéderont à une rencontre annuelle, qui sera l'occasion d'examiner les bilans de mise en œuvre du protocole aux fins d'évaluer les réalisations et l'évolution des conditions de leur coopération, et de fixer les nouvelles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

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

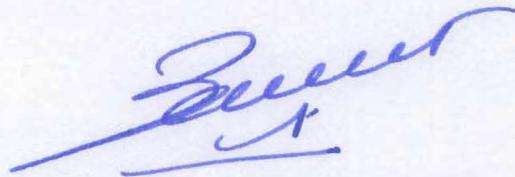
Fait à Paris, le 10 JUIN 2010

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

La ministre de la santé et des sports

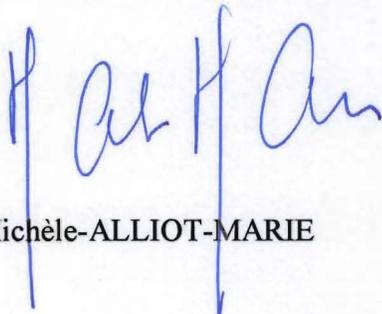


Brice HORTEFEUX



Roselyne BACHELOT-NARQUIN

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



Michèle-ALLIOT-MARIE

Paris le 16 avril 2013

COMMUNIQUE DE PRESSE

Les 10 ans de l'Observatoire de la sécurité des médecins : encore une année où le nombre d'incidents reste bien supérieur à la moyenne

Le CNOM a publié les résultats 2012 de l'Observatoire de la sécurité des médecins. Si ces derniers révèlent un taux de victimation en léger recul par rapport à l'année dernière, le nombre de déclarations d'incidents recensés reste bien supérieur à la moyenne nationale enregistrée depuis la création de l'Observatoire en 2003. Dans la suite de la signature du protocole national de sécurité, le CNOM encourage le déploiement dans les départements d'actions de prévention à mener sur le terrain. Les dix ans de l'Observatoire sont aussi l'occasion pour l'Ordre d'appeler, une fois de plus, les médecins à déclarer systématiquement les violences dont ils sont victimes et à déposer plainte. Le CNOM rappelle à cette occasion que les conseils départementaux sont habilités à porter plainte en lieu et place du médecin, ce qui le met à l'abri d'éventuelles représailles.

Les résultats de l'Observatoire de la sécurité des médecins 2012 montrent un recul qui ne paraît pas significatif du nombre de violences à leur égard (798 en 2012 contre 822 en 2011) et du taux de victimation¹ (0,40 pour 0,41 en 2011). Néanmoins, ces constats sont à pondérer par un **nombre de déclarations d'incidents bien supérieur à la moyenne nationale des 10 années écoulées (666 fiches)**, et par un **taux de dépôt de plaintes encore trop faible** (seuls 33% des incidents recensés en 2012 ont été suivis d'un dépôt de plainte).

Les spécialistes de plus en plus concernés par les agressions

Les résultats confirment que **les généralistes restent les plus touchés par l'insécurité**, représentant 56% des médecins agressés ce qui est plus que leur proportion dans la population médicale. Les ophtalmologistes sont une nouvelle fois en tête des spécialités les plus touchées (46 fiches, soit 6% du nombre total de fiches recensées). Viennent ensuite les psychiatres (43 fiches) - en contact avec des publics difficiles -, les dermatologues (29 déclarations), les médecins du travail (26 fiches) et les gynécologues/obstétriciens (25 fiches, contre 37 l'année précédente). La proportion d'incidents ayant concerné des spécialistes ne cesse de progresser année après année : elle est passée de 35% en 2008 à 40% en 2011, et 44% aujourd'hui.

Parmi les facteurs induisant les agressions à l'égard des médecins, **le reproche d'une mauvaise prise en charge, dont le délai à obtenir un rendez-vous** est la cause la plus alléguée (un incident sur quatre). Les tentatives de vols ou encore le refus de prescription et un temps d'attente jugé excessif sont les causes les plus citées.

L'analyse territoriale des données fait apparaître une liste de départements les plus touchés très similaire à celles des années précédentes. Ainsi, malgré une amélioration sensible par rapport à l'an dernier, la Seine-Saint-Denis reste le département d'où émanent le plus de déclarations (46 fiches pour l'année 2012, contre 67 l'année précédente), talonné encore une fois par le Nord (45 déclarations) et Paris (41). Mais c'est au regard du taux de victimation départemental, que l'on peut concrètement identifier les départements les plus impactés par l'insécurité. En tête de ce classement apparaît le Vaucluse (1,9% des médecins du département ont déclaré un incident en 2012), suivi de la Loire (1,5%), du Cher (1,2%) et de la Seine-Saint-Denis (1,2%).

¹ Nombre d'incidents déclarés sur le nombre de médecins inscrits au tableau

«Il faut rester vigilant, car ces données ne représentent que la partie émergée de l'iceberg, de nombreux médecins ne déclarent pas systématiquement les violences dont ils sont victimes. Nous encourageons donc tous les médecins à déclarer les incidents auxquels ils sont exposés, afin d'apporter des réponses efficaces à l'insécurité qui les touche», explique le Docteur Bernard Le Douarin, Coordonnateur National de l'Observatoire pour la sécurité des médecins.

Les dix ans de l'Observatoire

Né du constat qu'il n'existait aucun dispositif permettant de recenser les violences faites à l'encontre des médecins, l'Observatoire pour la sécurité des médecins est aujourd'hui devenu un outil incontournable dans le suivi et la prévention des violences faites aux médecins.

Les dix ans de cet Observatoire sont aussi l'occasion de faire un bilan. Si le nombre d'incidents semble se stabiliser depuis quelques années (798 signalements en 2012, 822 en 2011 et 920 en 2010), force est de constater que **le nombre d'incidents déclarés en 2012 reste particulièrement élevé, de 20% supérieur à la moyenne annuelle de l'Observatoire (666)**. Le CNOM, persuadé de la nécessité de la prévention pour le maintien durable de l'offre de soin sur tout le territoire, reste plus que jamais mobilisé, notamment par la mise en place du protocole national de sécurité et sa déclinaison départementale.

Protocole national de sécurité : des premiers résultats satisfaisants mais des efforts à poursuivre

Depuis la signature du protocole national de sécurité en avril 2011 entre le CNOM et les ministères de l'Intérieur, de la Justice et de la Santé, un important travail de communication a été réalisé par l'Ordre des médecins auprès des Préfets, des Procureurs, des forces de sécurité et des praticiens pour que ce protocole soit décliné au niveau départemental.

A ce jour, **68 départements** ont pris en compte ce protocole et des mesures concrètes pour assurer la sécurité des médecins ont été déployées dans 43 d'entre eux, parmi lesquelles un numéro d'accès direct à la cellule de sécurité départementale uniquement destiné aux médecins et la mise à disposition d'un référent sécurité dédié au sein des services de police et de gendarmerie.

Le Cnom soutient dès à présent des **dispositifs de géo-sécurisation des médecins** dans les départements du Val-de-Marne, de la Seine-Saint-Denis et des Bouches-du-Rhône. Il va mettre à disposition des conseils départementaux et régionaux **des outils audio-visuels** conçus en partenariat avec l'Institut National de Formation de la Police Nationale pour contribuer à un **programme de formation** à l'anticipation des situations génératrices d'agressions.

En savoir plus sur l'Observatoire de la sécurité

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*

Les résultats 2012 de l'Observatoire de la sécurité des médecins, réalisés en collaboration avec IPSOS, sont basés sur le recensement de 798 fiches de déclaration d'incidents.

Contact presse : Evelyne Acchiardi - 01 53 89 32 80

Ce communiqué est disponible sur notre site : www.conseil-national.medecin.fr