



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

# **BILAN NATIONAL DES REMONTEES DES SIGNALEMENTS D'ACTES DE VIOLENCE EN MILIEU HOSPITALIER**

**Année 2011**

**Observatoire National des Violences en milieu Hospitalier  
DGOS-DSR-FG  
Janvier 2012**

[fabienne.guerrieri@sante.gouv.fr](mailto:fabienne.guerrieri@sante.gouv.fr)  
Commissaire Divisionnaire  
Chargé de mission

<https://o6.sante.gouv.fr/oNVS/>  
USID

La circulaire du 15.12.2000 a défini les grands axes d'une politique de prévention des situations de violence, déclinés sur le terrain par les établissements dans le cadre des appels à projets organisés par les Agences Régionales de l'Hospitalisation, mais il est apparu nécessaire de créer une structure ministérielle permettant de coordonner et d'évaluer les politiques mises en œuvre par les différents acteurs sur l'ensemble du territoire, afin de garantir la sécurité des personnes et des biens à l'intérieur des établissements concernés.

La mission de l'Observatoire National des Violences en milieu Hospitalier, issu de la circulaire du 11 juillet 2005 relative au recensement des actes de violence dans les établissements de santé, centralisait l'ensemble des informations relatives à des faits de violence tels qu'ils étaient signalés via le logiciel Netsurvey dont le lien électronique était diffusé aux établissements par les ARS.

Le logiciel, opérationnel à partir de septembre 2005, a permis de recenser 800 fiches entre septembre 2005 et décembre 2005.

Cependant le recul était très insuffisant et le système trop récent pour permettre une analyse sérieuse et asseoir des conclusions crédibles.

Un premier bilan des remontées des faits de violence a donc été rédigé à l'issue de l'année 2006, portant sur la période septembre 2005-décembre 2006, soit 3289 signalements.

Le bilan DHOS-ONVH 2007 a permis d'affiner les analyses initialement établies et d'établir un comparatif entre l'année civile 2006 et l'année civile 2007. Pour ce faire l'ensemble des statistiques portant exclusivement sur l'année 2006 a été recalculé afin de permettre un comparatif parlant.

A l'issue de l'année 2008 l'Observatoire National des Violences en milieu Hospitalier a présenté l'analyse de l'ensemble des événements de violence portés à sa connaissance au cours de l'année 2008, mais a dégagé aussi les tendances qui apparaissaient au travers des statistiques comparées **sur les 3 années écoulées.**

Ces données ont permis d'affirmer que la violence au sein des établissements de soins n'est plus un épiphénomène tant cette dimension a intégré les établissements de santé et impacté les conditions de travail des personnels qui y travaillent.

Les événements recueillis au cours de l'année 2009 ont traduit une augmentation considérable des faits de violence signalés auprès de l'Observatoire National, résultat d'une politique de diffusion auprès des professionnels de santé (participation à des colloques, intervention auprès des directeurs des ARH, visites de terrain, création du site internet de l'Observatoire National et diffusion généralisée des bilans annuels).

Pour l'année 2010, les événements signalés ont poursuivi une courbe croissante tout en étant accompagnée d'une diminution des établissements déclarants.

Année	2006	2007	▲	2008	▲	2009	▲	2010	▲
Nbre de violences signalées	<b>2690</b>	<b>3253</b>	+21%	<b>3433</b>	+5.5%	<b>4742</b>	+38%	<b>5090</b>	+7%
Nbre d'établissements déclarants	<b>274</b>	<b>250</b>	-9%	<b>257</b>	+3%	<b>331</b>	+29%	<b>303</b>	-8%

▲ : variation entre l'année N et l'année N+1

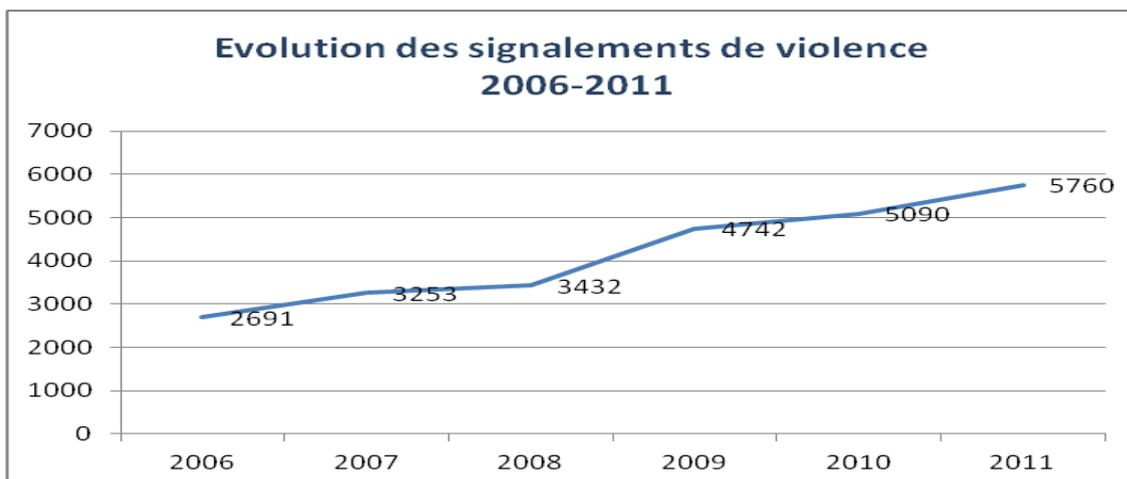
**Les données recueillies pour l'année 2011 sont les suivantes :**

**ANNEE 2011**

**5760 faits signalés\***,

(\*Ces données ont été arrêtées au 05 janvier 2012, date de l'arrêt du logiciel de déclaration Netsurvey).

soit une hausse de + 13% avec un nombre d'établissements déclarants en hausse de + 11%.



L'outil de recueil des évènements de violence nécessitait d'être amélioré pour permettre aux établissements publics ou privés de bénéficier d'un outil plus performant, offrant de nouvelles orientations. Le logiciel Netsurvey a été arrêté le 05.01.2012 avec la mise en place de l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé (ONVS) dont la plate-forme est accessible via le lien <https://o6.sante.gouv.fr/oNVS/> depuis le 09.01.2012.

Ce nouvel observatoire (**ONVS**) permettra :

- une connaissance en temps réel des évènements de violences survenus, avec des analyses simultanées à plusieurs niveaux (niveau de l'établissement, niveau régional pour l'ARS, niveau national pour la DGOS).
- la création de points d'alerte, ciblés selon des degrés de violence définis
- des niveaux d'informations affinés (quels sont les personnels soignants les plus exposés, dans quels services? Les hommes ou les femmes sont-ils davantage exposés ?)
- un enrichissement permanent possible. Chaque établissement pourra enrichir en continu ses déclarations et consulter l'ensemble de ses déclarations annuelles (ce qui n'était pas possible auparavant), en indiquant a posteriori les suites relatives à la gestion du fait de

violence (dépôt de plainte, suites judiciaires, ITT, arrêt de travail, ce qui n'était pas non plus possible )

- à moyen terme, une déclaration des principaux équipements de sécurité déployés au sein de l'établissement déclarant pourra être faite. Cette disposition permettra notamment aux Agences Régionales de Santé et à l'Observatoire National d'apporter tout appui technique nécessaire pour prévenir une sécurisation des lieux plus adaptée, ou pour remédier à la répétition de faits de violence particulièrement graves.

Il convient enfin de rappeler que la problématique de la violence au sein des établissements de santé impose prudence et définitions préalables car la violence est protéiforme et subjective.

Chaque acteur confronté à cette notion en donne une définition propre et ce constat doit impérativement être pris en compte avant toute tentative d'analyse, afin de définir un langage commun à partir duquel chacun pourra puiser les éléments de communication et d'information qu'il recherche.

Le parallélisme avec le Code Pénal reste privilégié, l'ONVS maintenant la distinction : violence aux biens / violence aux personnes, et au sein de chaque catégorie, définissant des niveaux d'agression selon l'échelle de gravité retenue par le Code Pénal :

#### ➔ **Atteintes aux biens :**

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

**Niveau 2 :** Vols avec effraction

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

#### ➔ **Atteintes aux personnes :**

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

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

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

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

## **METHODOLOGIE**

L'analyse statistique présentée porte sur 5760 faits déclarés au cours de l'année 2011 par 337 établissements.

Il convient cependant de noter que les chiffres étudiés dans le présent bilan ont été arrêtés au 05.01.2011, mais que la déclaration des faits de violence survenus au cours de l'année 2011 reste possible tout au long de l'année 2012. Le chiffre final ne sera donc consolidé qu'au début de l'année 2013. Cependant les données étant analysées en pourcentage, les analyses ne devraient être modifiées qu'à la marge.

Les pourcentages présentés dans le bilan 2011 sont arrondis au pourcentage supérieur pour les décimales >0.5 et au pourcentage inférieur pour les décimales <0.5.

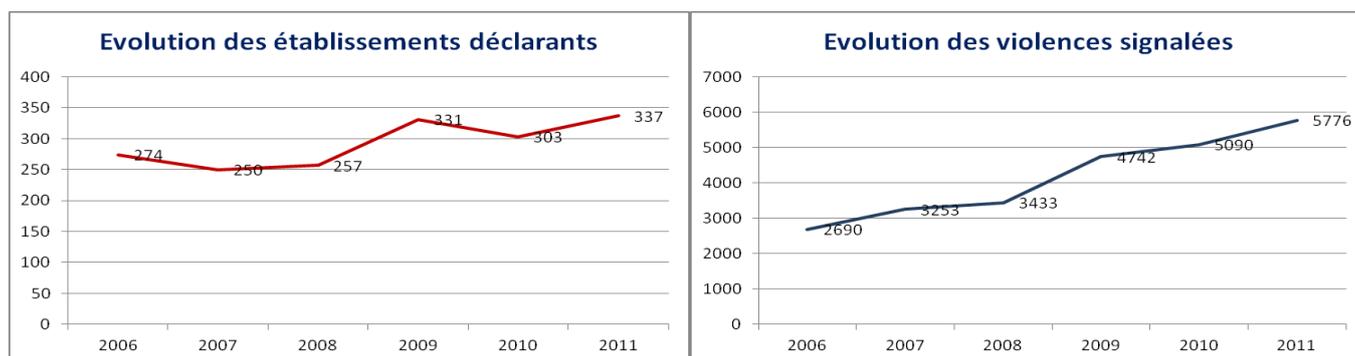
Il reste nécessaire de rappeler les précautions de langage indiquées dans les précédents rapports de l'Observatoire National en ce qui concerne l'interprétation des chiffres. Les données ne sont pas exhaustives pour les mêmes raisons que les années précédentes:

- tous les établissements n'ont pas déclaré les événements survenus au sein de leurs structures (11% des établissements déclarants sur l'ensemble des établissements susceptibles de déclarer en 2011). La très grande majorité des établissements déclarants sont des établissements publics de santé mais les établissements privés déclarants ont manifesté leur volonté de signaler leurs événements auprès de l'Observatoire car ils souhaitent également faire connaître la problématique relative à la sécurisation au sein de leurs établissements. [La mise en place de la nouvelle plate-forme de l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé devrait permettre de corriger ce constat, la déclaration des événements de violences devenant un véritable outil de gestion de la politique de prévention des violences.](#)
- les établissements ne déclarent pas tous de la même façon les événements subis car une part d'analyse subjective du fait demeure, et le seuil de tolérance à l'agression est très différent d'un personnel à un autre, d'une structure à une autre, d'un établissement à un autre.
- tous les établissements n'ont pas développé une politique de prévention et de gestion des violences dynamique. L'implication des Agences Régionales de Santé dans les politiques mises en œuvre à ce niveau devraient permettre aux établissements de développer un pilotage de cette problématique plus adapté, au travers des outils mis à leur disposition via la nouvelle plate-forme et la possibilité d'un suivi en temps réel.

Ainsi ces remarques, constatées ab initio, doivent conduire à la prudence face à toutes les données statistiques présentées dans ce bilan au titre de l'année 2011.

Enfin convient-il :

- de toujours faire la distinction entre le ressenti et la réalité,
- de garder à l'esprit le fait que les signalements de violence sont chaque année davantage réalisés en raison de la politique incitative mise en œuvre par le Ministère de la Santé, ce qui permet de mettre à la lumière, des événements qui auparavant étaient non divulgués,
- de penser que le seuil de tolérance s'est peut-être abaissé car ces phénomènes de violence ou d'agressivité apparaissent de moins en moins tolérables, notamment en raison des communications réitérées sur cette problématique,
- de rappeler que les établissements ont réellement à cœur de développer une politique de sécurité des personnes et des biens, générant une saisine plus fréquente de l'Observatoire, et donc des signalements plus systématiques,
- que la corrélation entre le nombre de violences signalées et le nombre d'établissements déclarants reste primordiale.



**In fine du bilan annuel, diverses annexes sont présentées, permettant de mettre en perspective les analyses statistiques et le travail partenarial mené par l'ONVS au cours de l'année étudiée.**

**→ Partenariat avec les autres Ministères :**

- Les données statistiques relevant du **Ministère de l'Intérieur** portent sur les protocoles départementaux signés entre l'institution de santé et les services de Police ou de Gendarmerie, tout en précisant le nombre de diagnostics de sécurité qui ont été réalisés et les départements bénéficiant d'un référent-sûreté au sein des forces de l'ordre.
- Les données statistiques du **Ministère de la Justice** permettent d'appuyer la nécessité d'engager les suites judiciaires nécessaires face aux situations de violence vécues au sein des établissements de santé, les condamnations exposées démontrant par elles-mêmes l'action des juridictions lorsqu'elles sont saisies et que les faits sont établis.

### → **Partenariat avec les professionnels de santé :**

Depuis 2009 l'Observatoire National intègre en qualité de membres permanents siégeant lors de la réunion plénière annuelle des représentants des ordres nationaux des professionnels de santé constitués en ordre et le partage des données statistiques à partir des outils qu'ils ont pu développer au sein de leurs instances, permet à l'Observatoire National, non seulement de bénéficier d'une vision élargie et objective des phénomènes de violences touchant une profession déterminée, mais aussi de développer et d'affiner les mesures correctrices pouvant être mises en œuvre afin de permettre à l'ensemble des professionnels de santé d'exercer dans un cadre plus sécurisé et plus serein (déclinaison du protocole Santé-Sécurité-Justice du 10.06.2010 au profit des établissements de santé par la signature du protocole du 20 avril 2011 au profit des professionnels de santé).

- Les données statistiques recueillies par l'observatoire de la sécurité des médecins, initié par le **Conseil National de l'Ordre des Médecins** en 2003 (bilan annuel publié en mars de chaque année)
- Les données statistiques recueillies par le **Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens** à partir de leur propre système de recueil mis en place en.....

Les travaux initiés dès la fin de l'année 2010 par l'ONVS auprès du Conseil National de l'Ordre des Infirmiers n'ont pu aboutir, courant 2011, à la mise en place d'un système de déclaration des faits de violence subis par les infirmiers lors de leur exercice professionnel, notamment lorsque celui-ci s'exerce en libéral, ni à la possibilité pour cette profession de déclarer directement les situations de violence auprès de l'ONVS. Cependant le travail partenarial dans cet objectif se poursuit.

## Synthèse

La hausse des faits de violence enregistrés au cours des années précédentes perdure en 2011 avec 13% de signalements supplémentaires portés à la connaissance de l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé, tout en s'accompagnant d'une hausse du nombre des établissements déclarants : +11%.

**ANNEE 2010**  
**5090 faits signalés**

**ANNEE 2011**  
**5760 faits signalés**

Les analyses réalisées à partir des événements signalés au cours de l'année 2011 traduisent que :

► Les régions qui déclarent le plus de faits de violence ne sont pas nécessairement celles qui enregistrent une criminalité générale la plus importante et plusieurs facteurs influent sur ces données. D'une manière générale les régions ont signalé moins de faits de violence en 2011 qu'en 2010.

L'Île de France reste la région enregistrant le plus grand nombre de signalements de faits de violence au sein de ses établissements de santé, comme en 2010, mais contrairement aux années antérieures (4<sup>ème</sup> place en 2009 et 3<sup>ème</sup> place en 2008).

Depuis 2010, la Picardie est la 2<sup>ème</sup> région déclarant le plus grand nombre de faits, notamment **en raison de l'implication accrue de certains établissements de santé (ES) dans cette politique de signalements** (+ 5 établissements déclarants en 2011).

La région Basse-Normandie se situe en 3<sup>ème</sup> place (comme en 2010), alors même que le nombre d'établissements déclarants est moindre (- 8 établissements).

► **2011 enregistre davantage d'atteintes aux personnes signalées au sein des services**, alors que 2009 et 2010 avaient permis d'enregistrer une diminution de ce type d'atteintes de - 6%.

► **87 % des violences déclarées sont des atteintes aux personnes**, dont :

- 26 % concernent des insultes, injures (+5%)
- 18 % des menaces (+3%)
- 55 % des coups (+9%)
- 1% des faits sont qualifiés crimes.

Corrélativement les atteintes aux biens ont diminué et ce sont essentiellement des dégradations légères commises par des patients au sein des services, ou des vols simples (auteurs souvent inconnus) qui sont en cause.

**13% des violences sont des atteintes aux biens**, dont : ● 11 % concernent des dégradations simples (dans 33% des cas) ou des vols simples (dans 52% des cas)

- 1 % des vols par effraction
- 1% des incendies ou dégradations

graves.

► Les 3 services les plus touchés par les manifestations de violence, quel qu'elles soient, restent **toujours** :

- **la psychiatrie : 25%, soit – 7% par rapport à 2010 et -28% sur 3 ans**
- **les urgences : 15%, soit + 1.5% (peu d'évolution depuis 2006),**
- **la médecine générale : 12%, soit – 4% par rapport à 2010 (variations entre 7.5% et 16% selon les années).**

Chaque service présente ses spécificités propres.

► Concernant les auteurs de ces violences, des évolutions apparaissent :

- **la catégorie « personnels-auteurs » des violences signalées diminue de – 1% (4% en 2011, soit une variation de 1 à 6 entre 2006 et 2009)**
- la catégorie « visiteurs/accompagnants/autres » diminue de 3% (différentiel de 5% selon les années considérée), tout en représentant toujours un nombre conséquent d'auteurs : 20% en 2011
- quant à la catégorie « **patients** », **ils sont en 2011 auteurs des violences signalées dans 76%, soit +5% par rapport à 2010. Dans 3 situations sur 4, les violences s'exercent à l'encontre du personnel de santé.**

Concernant les violences exercées par le personnel au sein des services, toute structure confondue, la typologie de ces violences met en évidence qu'il s'agit essentiellement de conflits entre personnel : dans 86% des cas

- dans 1 situation sur 2, la violence commise par le personnel est une injure/insulte,
- et dans 1 situation sur 4, il s'agit d'une violence physique volontaire portée entre personnels.

► Concernant les victimes des violences subies, à l'inverse des données précédentes, **82 % des victimes des violences exercées sont les personnels des établissements** (même donnée qu'en 2010). **Les violences subies par les personnels des établissements sont des violences physiques dans 51% des cas, soit une hausse de 4% par rapport à 2010. Ils sont le plus exposés au sein des services de psychiatrie, puis des urgences.** Les patients sont victimes dans 13% des situations déclarées (identique à 2010).

► Les suites engagées restent faibles : aucun dépôt de plainte n'a lieu dans 86 % des actes déclarés et **le taux général de plainte reste à 12 %, tout type d'atteinte confondu.** Ces données restent quasiment stables depuis 2008. Les arrêts de travail et les incapacités temporaires de travail demeurent exceptionnels (4% pour les 1<sup>er</sup>, 1% pour les 2<sup>nd</sup>), bien que ces chiffres soient à tempérer par le fait que l'arrêt de travail ou l'ITT n'est pas nécessairement connu au moment de l'envoi de la fiche de signalement (et sans possibilité de communiquer l'information a posteriori en ce qui concerne les signalements jusqu'en 2011).

L'évolution de l'ensemble de ces données depuis la mise en place du système de remontée des actes de violence survenus au sein des établissements de santé (2006-2011), ne révèle pas de bouleversements majeurs, même si ponctuellement des données fluctuent à la hausse ou à la baisse.

Comme il est indiqué chaque année, les informations et analyses dégagées doivent conduire les établissements à développer au mieux les structures, les *actions et les formations* afin de pouvoir apporter une *réponse adaptée, efficace et protectrice des patients et du personnel*.

Des préconisations d'ordre structurel, organisationnel ou partenarial sont proposées aux établissements, suivant leurs problématiques ciblées, afin de réduire les risques de manifestations des violences, lesquelles impactent les conditions de travail du personnel, et donc le stress et le phénomène de burn-out souvent invoqués comme source d'une prise en charge mal adaptée du patient et d'un risque de diminution de la qualité des soins.

Une des missions dévolues à l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé est la réalisation de visites ou d'audits de sécurité auprès des établissements, et ceux-ci peuvent y recourir préventivement, notamment dans le cadre d'un projet de restructuration.

C'est du reste la volonté ministérielle manifestée lors de l'actualisation du protocole Santé-Sécurité du 12.08.2005 intervenue le 10 juin 2010, le ministère de l'Intérieur ayant formé des référents-sûreté au niveau départemental (depuis 2007). Le protocole recommande aux directeurs d'établissements de solliciter un tel audit dans le cadre du partenariat développé entre les institutionnels, parties prenantes à la problématique de la sécurité au sein de leurs établissements de santé (ministères de l'Intérieur et de la Justice).

## SOMMAIRE

L'évolution de l'ensemble de ces données depuis la mise en place du système de remontée des actes de violence survenus au sein des établissements de santé (2006-2011), ne révèle pas de bouleversements majeurs, même si ponctuellement des données fluctuent à la hausse ou à la baisse. .... 11

I ANALYSE GEOGRAPHIQUE ..... 13

    I.1 Les régions déclarantes ..... 13

    I.2 Les types d'établissements concernés ..... 16

II ANALYSE PAR INFRACTIONS ..... 18

    II.1 Les atteintes aux biens. .... 19

        II.1.1 Généralités. .... 19

        II.1.2 Analyse affinée. .... 21

    II.2 Les atteintes aux personnes. .... 23

        II.2.1 Généralités. .... 23

        II.2.2 Analyse affinée. .... 24

III TYPOLOGIE PAR STRUCTURES ..... 29

    III.1 Les services enregistrant une diminution des violences signalées ..... 30

    III.1 Les services enregistrant une hausse des violences signalées ..... 30

    III.2 Focus sur les services des UCSA ..... 30

IV ANALYSE TEMPORELLE ..... 33

    IV.1 Par mois ..... 33

    IV.2 Par créneaux horaires ..... 33

V GESTION DES VIOLENCES ..... 35

    V.1 Les personnes concernées ..... 35

        V.1.1 Les auteurs ..... 35

        V.1.2 Analyse particulière de la situation du personnel auteur ..... 37

        V.1.3 Les victimes ..... 39

        V.1.4 Analyse particulière de la situation du personnel victime ..... 40

    V.2 Les interventions. .... 42

VI CONSEQUENCES DES VIOLENCES ..... 44

    VI.1 Les suites engagées ..... 44

    VI.2 Les arrêts de travail. .... 46

    VI.3 Les ITT ..... 47

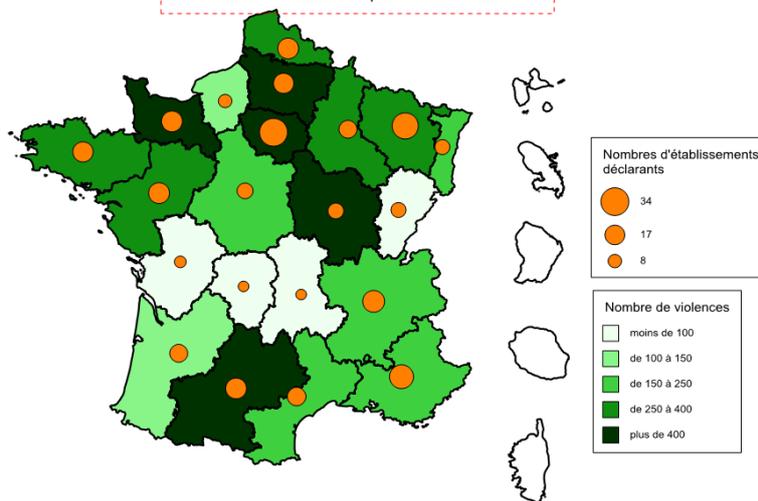
VII CONCLUSION – PERSPECTIVES ..... 48

ANNEXES ..... 51

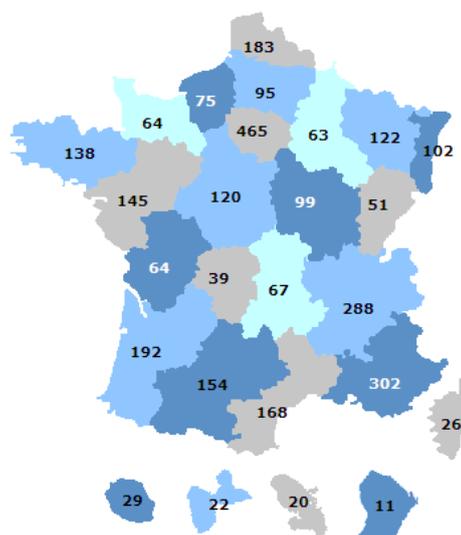
# I ANALYSE GEOGRAPHIQUE

## I.1 Les régions déclarantes

Observatoire National des Violences en milieu de Santé - oNVS - rapport 2011  
5.760 violences déclarées par 337 établissements



Source : Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé / DGOS oNVS & USID 2012



Nombre référentiel d'établissements par régions

La comparaison entre les deux cartes proposées traduit d'une part l'implication des régions dans le système de signalement des violences au cours de 2011 (rond orange plus ou moins important selon le nombre d'ES déclarants, le chiffre maximum d'ES pour une région étant inférieur à 40), et d'autre part la relativité des données étudiées, la seconde carte indiquant le nombre maximum d'ES susceptibles de déclarer par région.

Région – 2011	Nombre d'établissements 2010	Nombre de signalements	%	Nombre d'établissements 2011	Nombre de signalements	%
Ile-de-France	33	613	12,04%	34	530	9,15%
Picardie	13	560	11,00%	18	500	8,70%
Basse-Normandie	27	430	8,45%	19	488	8,49%
Pays de la Loire	16	402	7,90%	19	357	6,21%
Champagne-Ardenne	13	359	7,05%	14	339	5,86%
Languedoc-Roussillon	15	353	6,94%	15	223	3,86%
Bretagne	18	328	6,44%	18	394	6,85%
PACA	30	283	5,56%	25	176	3,06%
Bourgogne	7	242	4,75%	11	488	8,49%
Rhône-Alpes	22	224	4,40%	21	239	4,16%
Midi-Pyrénées	14	222	4,36%	19	436	7,56%
Lorraine	15	204	4,01%	30	382	6,64%
Nord-Pas-de-Calais	12	147	2,89%	19	293	5,10%
Centre	10	145	2,85%	11	177	3,08%
Poitou-Charentes	9	137	2,69%	6	98	1,70%
Haute-Normandie	9	110	2,16%	8	142	2,47%
Franche-Comté	9	88	1,73%	10	93	1,61%
Aquitaine	11	85	1,67%	14	107	1,86%
Alsace	7	83	1,63%	10	208	3,61%
Guyane	1	33	0,65%	1	19	0,33%
Auvergne	8	32	0,63%	5	12	0,2%
Limousin	3	7	0,14%	5	32	0,55%
Martinique	1	3	0,06%	2	24	0,41%
Guadeloupe	-	-	-	3	3	0,05%
<b>Total</b>	<b>303</b>	<b>5090</b>	<b>100%</b>	<b>337</b>	<b>5760</b>	<b>100%</b>

Les régions ne sont pas toutes impliquées de la même manière dans la politique de signalements des faits de violence et de grandes disparités dans les signalements réalisés perdurent, d'autant que toutes les régions ne sont pas confrontées au même degré de violence.

De plus certains établissements ont signalé ne pas avoir de faits de violence à déclarer.

Les 3 régions les plus déclarantes restent identiques à l'année 2010:

- ▶ La région Ile de France, avec 10% des faits signalés, enregistre pourtant une diminution de 2% par rapport à 2010 (avec un établissement déclarant supplémentaire)
- ▶ La Picardie, avec 9%, soit 2% de moins qu'en 2010 malgré un nombre supérieur d'établissements déclarants

- La Basse-Normandie, avec 9%, soit une stabilité par rapport à 2010 malgré un nombre moindre d'établissements impliqués (-8 ES).

*L'implication des ARS dans les politiques de prévention et de gestion semble être incontournable dans la mise en œuvre et le respect pérenne de la circulaire du 11.07.2005, le nombre de signalements réalisés ne dépendant pas du seul nombre d'établissements déclarants leurs faits de violence, mais aussi de la réelle dynamique créée par les politiques adéquates et adaptées initiées pour enrayer le phénomène signalé. Ces éléments statistiques ne valent que si des mesures correctrices sont initiées ensuite.*



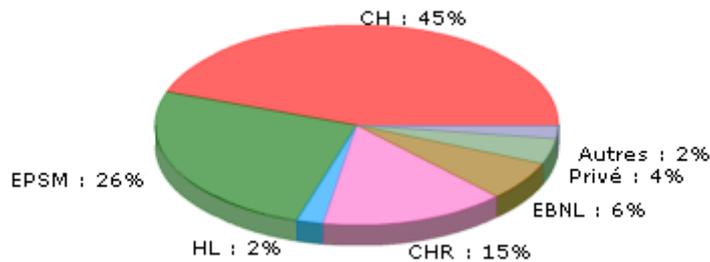
**Evolution des signalements des 10 premiers établissements  
signalants sur la période 2006-2011  
comparée au nombre d'ES\***

Région	2011		2010		2009		2008		2007		2006	
	%	ES	%	ES	%	ES	%	ES	%	ES	%	ES
Ile-de-France	9,15	34	12,04	33	9,30	35	11,33	29	17,89	36	17,39	39
Picardie	8,70	18	11,00	13	10,14	13	6,46	7	5,68	9	6,31	14
Basse-Normandie	8,49	19	8,45	27	11,16	35	17,21	31	16,23	28	14,08	26
Pays de la Loire	6,21	19	7,90	16	4,66	12	3,52	10	6,21	10	3,75	11
Champagne-Ardenne	5,86	14	7,05	13	9,78	16	17,30	11	13,24	15	8,02	16
Languedoc-Roussillon	3,86	15	6,94	15	3,92	14	5,27	8	6,57	21	5,76	13
Bretagne	6,85	18	6,44	18	9,00	30	7,10	22	0,52	8	1,93	15
PACA	3,06	25	5,56	30	9,17	31	1,80	32	1,01	15	2,00	14
Bourgogne	8,49	11	4,75	7	3,23	5	0,2	3	0,58	3	1,52	5
Rhône-Alpes	4,16	21	4,40	22	4,79	24	2,27	14	1,87	18	1,56	19

\*ES : Etablissements Signalants

## 1.2 Les types d'établissements concernés.

Répartition des violences par types d'établissements - Année 2011

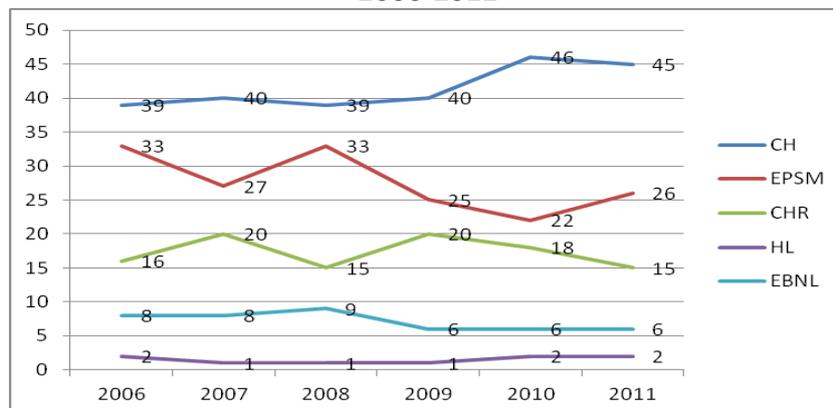


Les centres hospitaliers (CHU/CHR/CH) déclarent 60% des événements signalés auprès de l'Observatoire, les établissements psychiatriques (EPSM) déclarent 26% de ces faits. La part occupée par les hôpitaux locaux (HL), les établissements à but non lucratif (EBNL) et les établissements relevant du privé reste modeste avec 12%.

*Cependant les liens établis entre l'Observatoire National et les fédérations hospitalières, conjugués au changement de logiciel et à la mise en place de la nouvelle plate-forme de déclaration, devraient incontestablement permettre dès 2012 à l'ensemble des établissements de déclarer efficacement les événements qu'ils souhaitent signaler au niveau national.*

En 2011 la part des établissements déclarants est de 11% (337 établissements sur 3140).

Evolution de la typologie des établissements déclarants  
2006-2011



L'année 2011 enregistre une hausse des établissements déclarants de +11% (337 établissements contre 303), avec en corrélation une hausse des événements de violence de +13%.

La répartition des établissements selon leur nature est la suivante :

→ **Structures relevant de la psychiatrie (en vert) :**

- 2010 : les établissements spécialisés en psychiatrie (soit 12.5%) déclarent 22% des fiches signalées
- 2011 : les établissements spécialisés en psychiatrie (soit 12.4%) déclarent 26% des fiches signalées

→ **Structures hors psychiatrie :**

- 2010 : 87.5 % des établissements déclarent 78 % des faits signalés
- 2011 : 87.6%% des établissements déclarent 74% des faits signalés

La part occupée par les services de psychiatrie dans les violences déclarées demeure importante : ¼ des faits. Elle est cependant moindre que les années antérieures (33% en 2006) mais la part des établissements déclarants, ayant une activité en psychiatrie, a également diminué (18% en 2006).

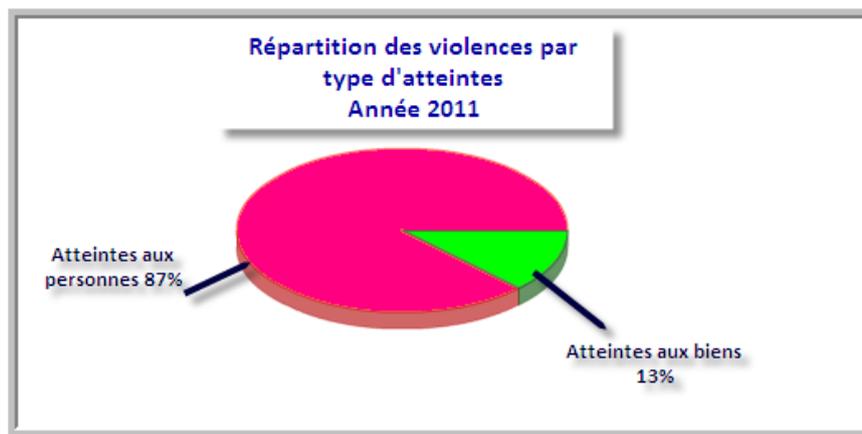
Cependant les services de psychiatrie demeurent les services les plus exposés aux manifestations de violence.

***Cet élément doit être retenu dans les effectifs affectés, dans l'organisation du travail, dans les formations dispensées, car il interfère nécessairement sur les conditions de travail du personnel.***

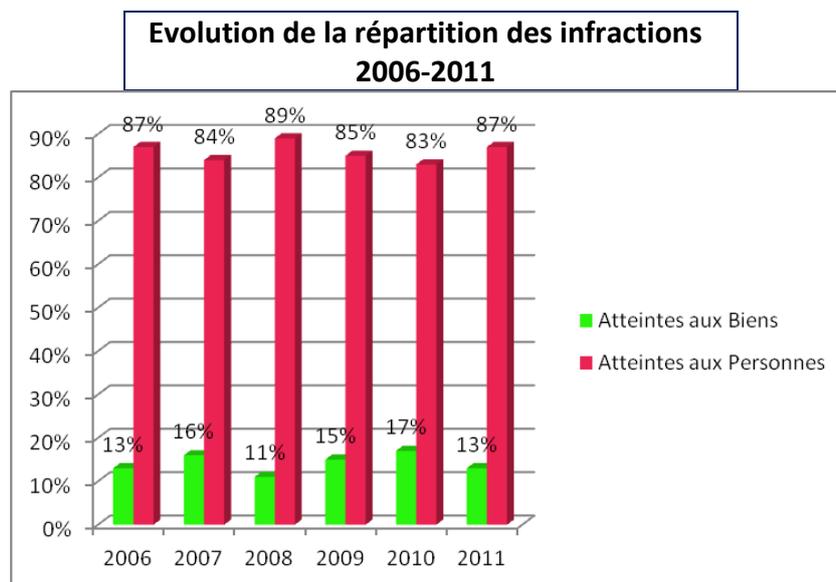
## II ANALYSE PAR INFRACTIONS

En 2011, ce sont 5760 évènements qui ont été déclarés auprès de l'Observatoire, soit + 13% de faits supplémentaires survenus au sein de 337 établissements de santé (soit +11% d'établissements par rapport à 2010).

La répartition des infractions selon les 2 grandes catégories définies conformément au code pénal (atteintes aux biens/atteintes aux personnes) est la suivante :



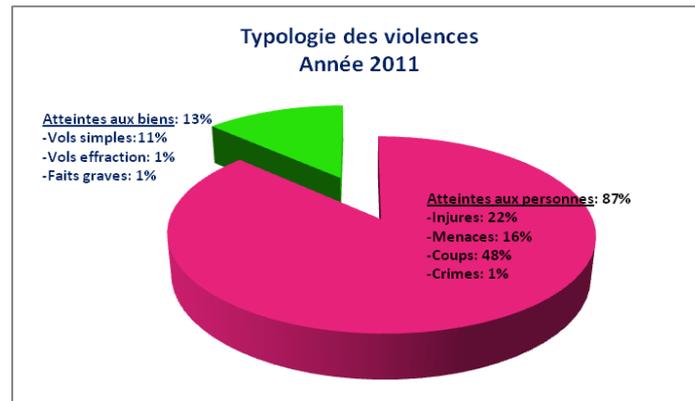
*2011 marque une hausse des atteintes aux personnes de +4%, au détriment des atteintes aux biens, alors que 2009 et 2010 avaient enregistré un recul des atteintes faites aux personnes de – 6% sur 2 ans.*



La variation entre atteintes aux biens et atteintes aux personnes, présente un faible différentiel entre 2006 et 2011, les violences faites aux personnes restant très majoritairement celles qui sont signalées : plus de 8 violences sur 10.

Plusieurs raisons expliquent ce constat : les atteintes aux biens (vols de faible montant, dégradations légères) ne sont pas systématiquement signalées car elles font l'objet d'une déclaration auprès des assurances par un autre circuit (pas de double déclaration alors réalisée) ; les atteintes aux personnes sont davantage signalées en raison de l'impact psychologique qu'elles créent sur les victimes et la nécessité, notamment pour le personnel, d'utiliser l'Observatoire comme un outil d'information sur leurs conditions de travail et parfois sur la dégradation des relations patients/soignants.

Les analyses suivantes permettent de déterminer sur quels types d'infractions portent ces violences :



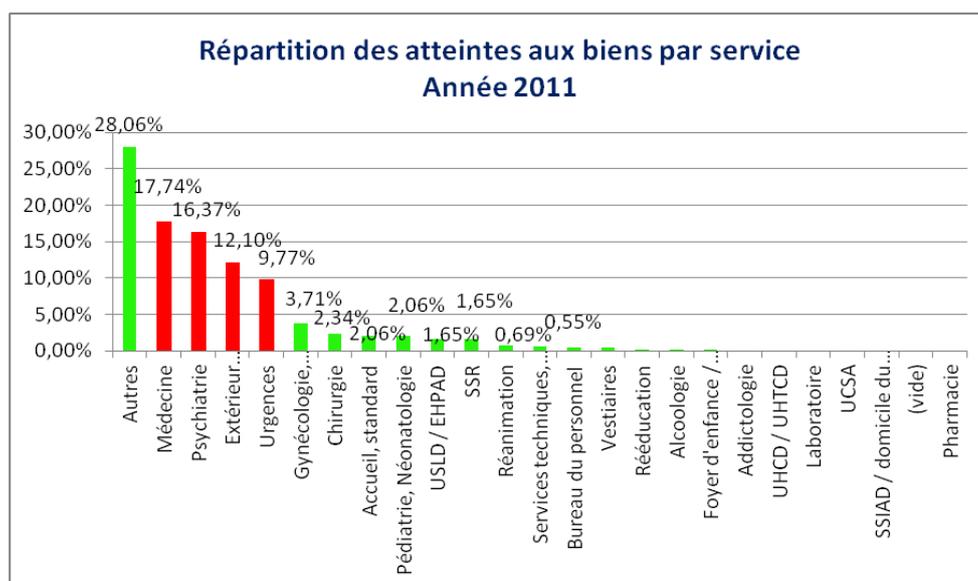
*La répartition des faits par niveaux d'agressions reste quasi identique d'une année sur l'autre, avec toujours la prédominance : des coups, puis des injures, puis des menaces. Concernant les atteintes aux biens, ce sont toujours les vols et les dégradations simples qui restent dominants.*

## **II.1 Les atteintes aux biens.**

### **II.1.1 Généralités.**

Les atteintes aux biens recensées au cours de l'année 2011 représentent 13% des déclarations, soit - 4% (17% en 2010).

Les services demeurent toujours inégalement touchés, ce qui s'explique par la nature des faits dénoncés (disparition de matériels professionnels coûteux, ou effets personnels) :



NB : la catégorie « Autres » correspond à des rubriques non renseignées

Structures	Atteintes aux biens Année 2011	Atteintes aux biens Année 2010
Médecine	17,74%	27,39%
Psychiatrie	16,37%	14,21%
Extérieur établissement (sous-sol, jardin, parking)	12,10%	15,95%
Urgences	9,77%	8,78%
Gynécologie, obstétrique, maternité	3,71%	2,54%
Chirurgie	2,34%	2,54%
Accueil, standard	2,06%	4,39%
Pédiatrie, Néonatalogie	2,06%	1,96%
USLD / EHPAD	1,65%	1,84%
SSR	1,65%	1,38%
Réanimation	0,69%	0,46%
Services techniques, sécurité	0,55%	0,80%
Bureau du personnel	0,41%	0,69%
Vestiaires	0,41%	1,50%
Rééducation	0,14%	-
Alcoologie	0,14%	-
Foyer d'enfance / Adolescents	0,14%	0,23%
Addictologie	-	-
UHCD / UHTCD	-	-
Laboratoire	-	-
UCSA	-	0,23%
SSIAD / domicile du patient	-	-
(vide)	-	-
Pharmacie	-	0,57%
Autres	28,06%	14,10%
Total	100,00%	100,00%

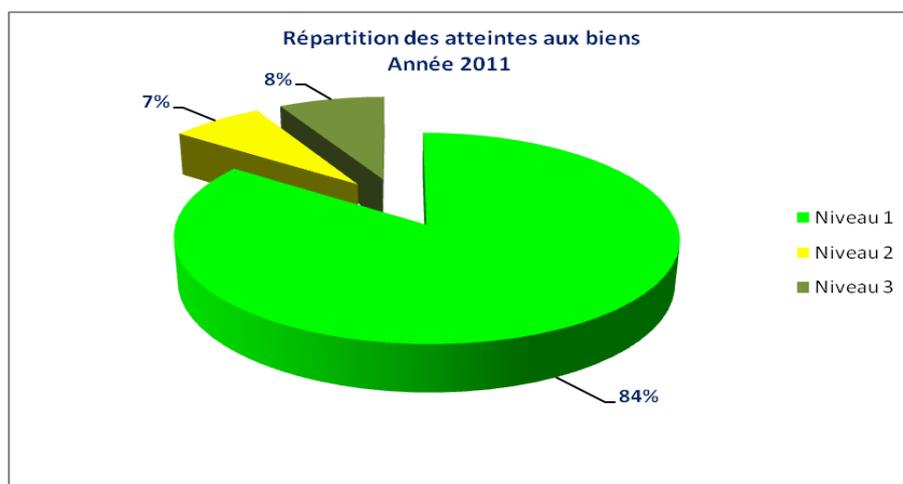
NB : la catégorie « Autres » correspond à des rubriques non renseignées

Les services majoritairement concernés par les atteintes aux biens sont:

- Les services de **médecine** : 18% des atteintes aux biens signalées
- Les services de **psychiatrie** : 16% des atteintes aux biens signalées
- Les **extérieurs de l'établissement** : 12% des atteintes aux biens signalées
- Les services des **urgences** : 10% des atteintes aux biens signalées

### II.1.2 Analyse affinée.

Les atteintes aux biens se répartissent en 3 niveaux, établis selon le degré de gravité de l'infraction subie ou vécue :



La typologie de ces infractions signalées est la suivante :

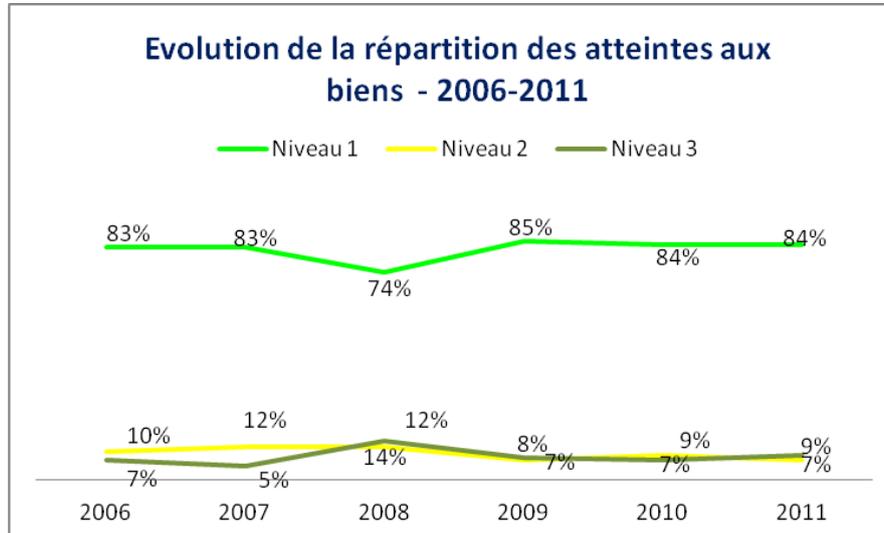
Niveau de Gravité - Analyse affinée 2011	Atteintes aux Biens	Signalements
Niveau 1	Dégradations de véhicules sur parking intérieur de l'établissement (hors véhicules brûlés)	13%
	Dégradations légères	29%
	Vols sans effraction	42%
<b>Niveau 1</b>		<b>84%</b>
Niveau 2	Vols avec effraction	7%
<b>Niveau 2</b>		<b>7%</b>
Niveau 3	Dégradations ou destruction de matériel de valeur (médical, informatique, imagerie médicale,...)	6%
	Dégradations par incendie volontaire (locaux, véhicules sur parking intérieur de l'établissement)	3%
	Vols à main armée ou en réunion (razzia dans le hall d'accueil,...)	0
<b>Niveau 3</b>		<b>9%</b>
<b>Total des atteintes aux biens</b>		<b>100%</b>
<b>% de l'ensemble des violences signalées</b>		<b>13%</b>

- Les services de **médecine** : 64% sont des vols simples et 30% des dégradations simples (soit 94% des atteintes aux biens sont de niveau 1)
- Les services de **psychiatrie** : 14% sont des vols simples et 68% des dégradations simples (soit 88% des atteintes aux biens sont de niveau 1)
- Les services des **urgences** : 25% sont des vols simples et 52% des dégradations simples (soit 77% des atteintes aux biens sont de niveau 1)
- Les **extérieurs** : 27% sont des vols simples et 59% des dégradations simples soit 88% des atteintes aux biens sont de niveau 1)

L'analyse affinée des atteintes aux biens tous services confondus maintient la prédominance des vols simples et des dégradations légères (niveau 1), lesquels restent très largement en tête des faits déclarés avec plus de 8 faits sur 10, répartis pour moitié-moitié entre les vols et les dégradations légères.

Aucun vol à main armée n'a été déclaré en 2011, contrairement aux années précédentes.

*Les particularités des atteintes aux biens subies par services doivent être localement mises en exergue afin d'apporter des mesures correctrices efficaces. Cela passe notamment par une sensibilisation et une vigilance accrue du personnel devant permettre de réduire ces phénomènes (importance des vols simples ayant une incidence sur le climat au travail). Les variations d'une année sur l'autre sont faibles ; il ne semble pas qu'une réelle prise de conscience au sein des établissements de santé ait permis de développer cette vigilance accrue, notamment auprès du personnel.*



L'évolution de la typologie des atteintes aux biens depuis la création de l'Observatoire ne révèle pas de modifications significatives.

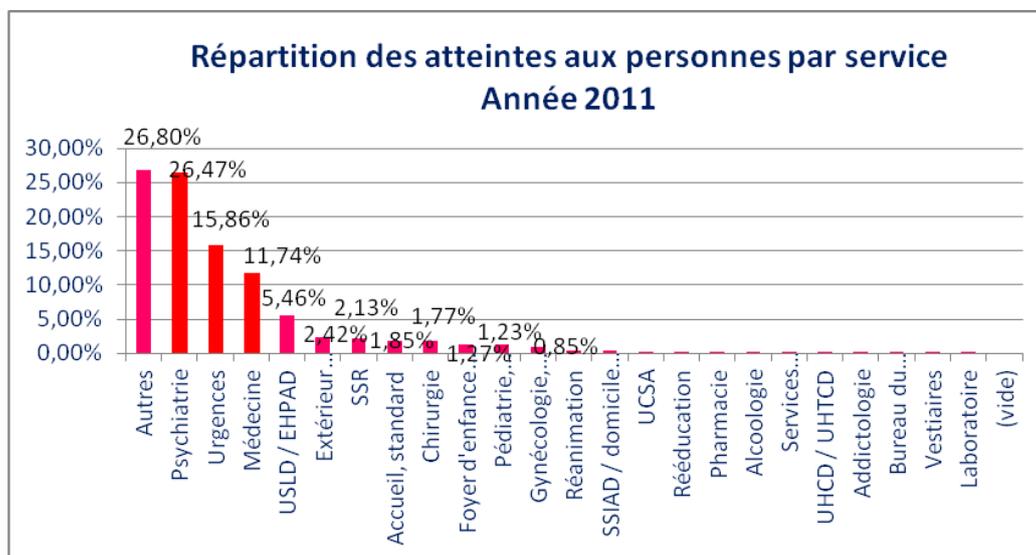
Cependant de tels faits *contribuent à la dégradation du climat sur le lieu de travail lorsqu'ils sont au détriment des personnels et à la dégradation de la qualité de l'accueil des patients lorsque ces derniers en sont les victimes*. Or des mesures parfois simples de sécurité ou de vigilance peuvent permettre d'améliorer ces situations.

Ces statistiques démontrent qu'il est nécessaire de poursuivre la réflexion sur la sécurité intérieure des locaux, tant au niveau de l'accès aux biens, du personnel ou des patients, qu'au niveau des biens de l'établissement (disparition ou destruction de matériels lourds, à forte valeur marchande, incendies).

## II.2 Les atteintes aux personnes.

### II.2.1 Généralités.

Les atteintes aux personnes représentent 87% de l'ensemble des violences signalées à l'Observatoire au cours de l'année 2011, soit une hausse de +4%, corollaire de la diminution des atteintes aux biens signalée supra.



NB : la catégorie « Autres » correspond à des rubriques non renseignées

Les services de psychiatrie, des urgences et de médecine générale sont toujours les services au sein desquels les violences manifestées sont essentiellement des atteintes aux personnes, les données variant peu d'une année sur l'autre (*cf. analyse infra*).

D'une manière générale presque tous les services des établissements de santé sont impactés par des atteintes physiques aux personnes, mais à des degrés différents.

Certains services marquent des évolutions différentes quant à ce type de violences:

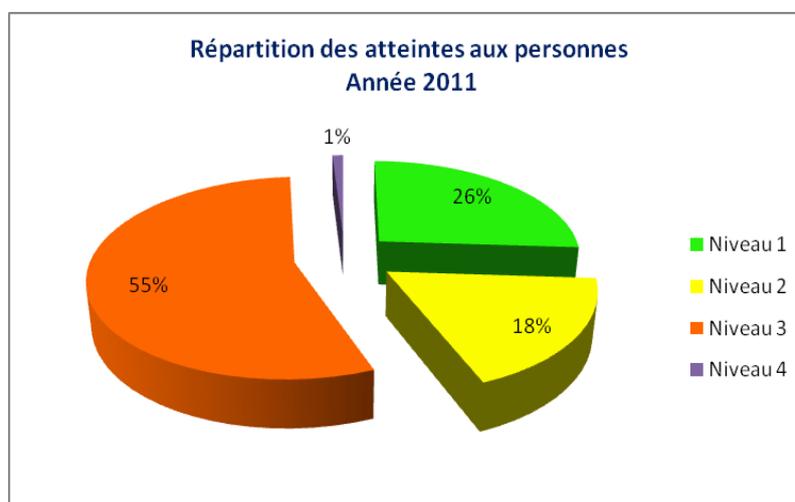
- La psychiatrie enregistre -3 % d'atteintes aux personnes
- Les urgences enregistrent +4 % d'atteintes aux personnes
- Les services USLD/EHPAD, +1 %
- Les services d'UCSA enregistrent +0,17 % d'atteintes aux personnes mais correspondant à un doublement des signalements : 7 agressions signalées en 2010, 15 agressions signalées en 2011 (aucune signalée avant 2010).

Structures	Atteintes aux personnes Année 2011	Atteintes aux personnes Année 2010
Psychiatrie	26,47%	29,25%
Urgences	15,86%	11,98%
Médecine	11,74%	11,33%
USLD / EHPAD	5,46%	4,26%
Extérieur établissement (sous-sol, jardin, parking)	2,42%	2,53%
SSR	2,13%	1,84%
Accueil, standard	1,85%	1,84%
Chirurgie	1,77%	1,25%
Foyer d'enfance / Adolescents	1,27%	1,39%
Pédiatrie, Néonatalogie	1,23%	1,04%
Gynécologie, obstétrique, maternité	0,85%	0,98%
Réanimation	0,42%	0,13%
SSIAD / domicile du patient	0,32%	0,62%
UCSA	0,30%	0,13%
Rééducation	0,28%	0,23%
Pharmacie	0,18%	0,07%
Alcoologie	0,16%	0,11%
Services techniques, sécurité	0,14%	0,07%
UHCD / UHTCD	0,12%	0,11%
Addictologie	0,10%	0,07%
Bureau du personnel	0,06%	0,05%
Vestiaires	0,04%	0,03%
Laboratoire	0,04%	0,07%
Autres	26,80%	13,45%
Total	100,00%	100,00%

NB : la catégorie « Autres » correspond à des rubriques non renseignées

### II.2.2 Analyse affinée.

Les atteintes aux personnes se répartissent en 4 niveaux, selon la gravité de l'infraction subie ou vécue :



La typologie de ces infractions est la suivante :

Niveau de Gravité - Analyse générale 2011	Atteintes aux personnes	Signalements
Niveau 1	Chahuts, occupations des locaux, nuisances, salissures	3%
	Exhibition sexuelle	0,2%
	Injures, insultes et provocations sans menace	24%
<b>Niveau 1</b>		<b>26%</b>
Niveau 2	Consommation ou trafic de substances illicites (stupéfiants) ou prohibées en milieu hospitalier (alcool)	1%
	Menaces d'atteinte à l'intégrité physique ou aux biens de la personne	15%
	Menaces de mort	5%
	Port d'armes (découverte d'armes lors d'un inventaire ou remise spontanée ou présence indésirable dans les locaux)	0,5%
<b>Niveau 2</b>		<b>18%</b>
Niveau 3	Agression sexuelle	0,6%
	Menaces avec arme par nature ou par destination (arme à feu, arme blanche, scalpel, rasoir, tout autre objet dangereux)	1,5%
	Violences volontaires (atteinte à l'intégrité physique, bousculades, crachats, coups)	54%
<b>Niveau 3</b>		<b>55%</b>
Niveau 4	Viol	0,1%
	Violences avec arme par nature ou par destination (armes blanches, armes à feu, scalpels, rasoir, tout objet dangereux)	0,5%
<b>Niveau 4</b>		<b>1%</b>
<b>Total des atteintes aux personnes</b>		<b>100%</b>
<b>% de l'ensemble des violences signalées</b>		<b>87%</b>

NB : le total par niveau peut être inférieur aux totaux détaillés car une même violence a pu générer plusieurs infractions

L'analyse générale des atteintes aux personnes tous services confondus maintient la prédominance des coups (niveau 3), ceux-ci restant très majoritairement en tête avec plus d'un fait sur deux.

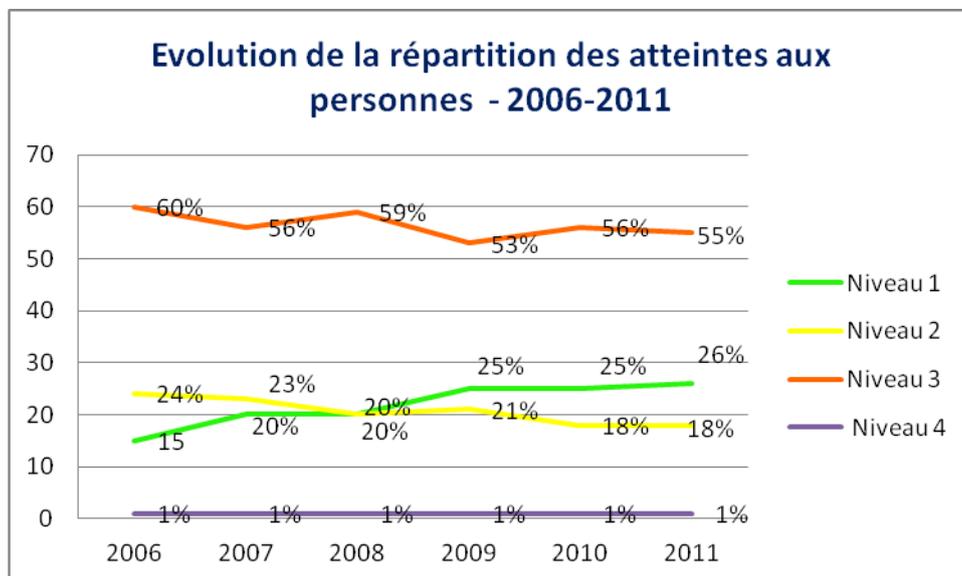
Il y a peu d'évolution entre 2010 et 2011, mais l'évolution entre 2006 et 2011 est plus significative quant à la modification des relations patients/soignants (infra).

**Concernant les 3 services les plus touchés, ils demeurent être :**

- **La psychiatrie** : 73% des atteintes aux personnes signalées sont des coups portés et 13% sont des menaces faites. Il faut noter que 8 faits de niveau 4 (faits qualifiés crimes) ont été signalés, portant uniquement sur des violences graves faites par arme par des patients. Les injures/insultes restent mineures (8%). En 2011 les faits signalés au sein des services de psychiatrie ont diminué de -3% mais les événements recensés par l'Observatoire ne sont pas exhaustifs car des faits majeurs qualifiés crime (agressions sexuelles, viols) se sont réalisés mais n'ont pas été déclarés par les établissements

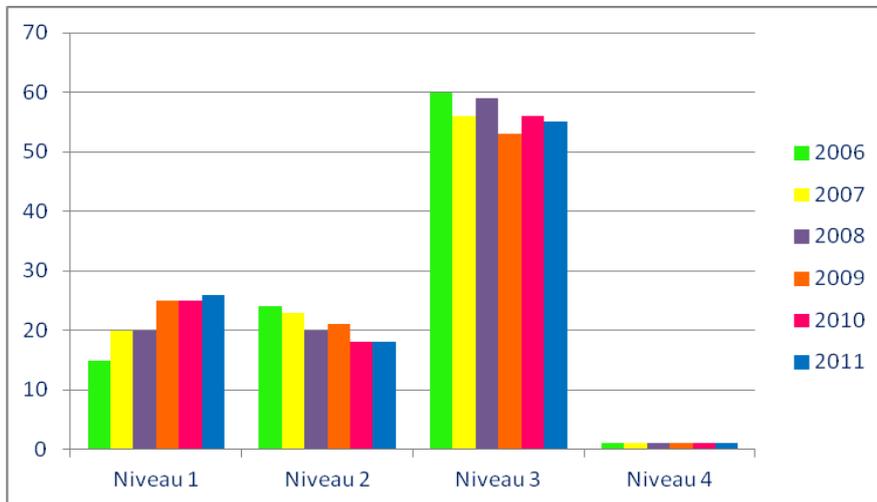
concernés (difficultés liées essentiellement à une double déclaration nécessaire lorsque le signalement a été réalisé via la fiche CORRUS vers les ARS).

- **Les services des urgences** : 2011 marque une hausse des faits de violence signalés au sein de leurs structures (+ 4%). Les injures/insultes représentent 34% des atteintes aux personnes signalées, les menaces 30% (y compris les menaces de mort), et les coups représentent 37%. Concernant les faits les plus graves (niveau 4), 2 faits de violence ont été signalés indiquant que l'auteur avait un couteau ou des lames de rasoir (menaces ou tentative de coups portés), dont 1 fait porte sur l'invasion d'un SAU par deux bandes rivales armées de couteaux.
- **Les services de médecine** : ils enregistrent le même nombre de faits qu'en 2010. Les atteintes aux personnes dominantes sont les injures/insultes avec 44%. Cependant les menaces (y compris de mort) représentent 20% et les coups représentent 32% des violences aux personnes. Concernant le niveau 4 (fait qualifié crime), la présence de rasoirs est signalée dans un cas sur les 4 événements signalés.



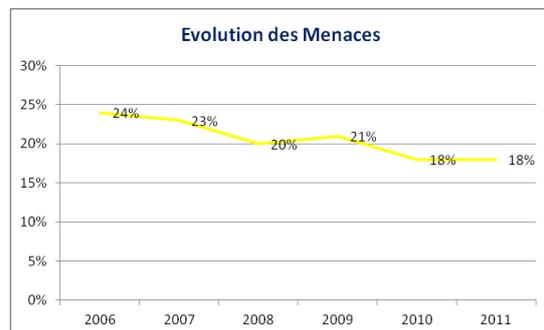
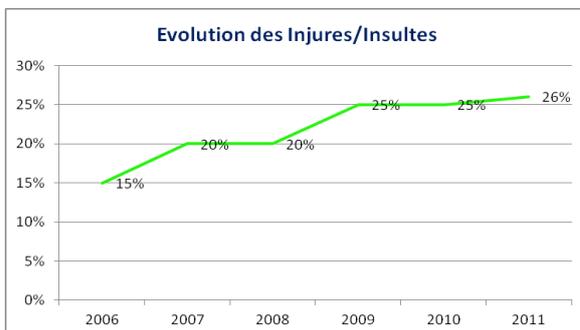
Le graphe ci-après traduit l'évolution des niveaux de violences faites aux personnes entre 2006 et 2011 :

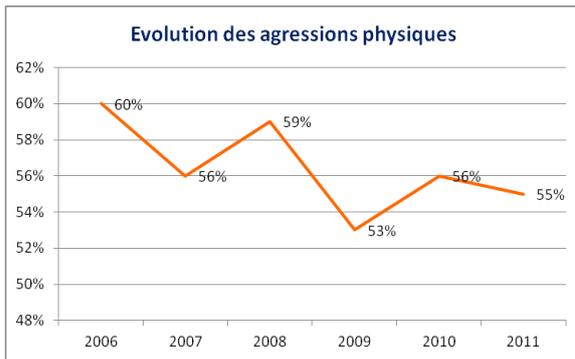
### Evolution des niveaux des violences aux personnes Année 2006-2011



Il apparait nettement que les injures/insultes (niveau 1) ne cessent d'augmenter au cours des six dernières années, avec en parallèle une courbe décroissante pour les menaces (niveau 2), ce qui induit une gradation plus rapide du niveau de violence : les auteurs ont tendance à passer directement de l'injure/insulte à l'agression physique.

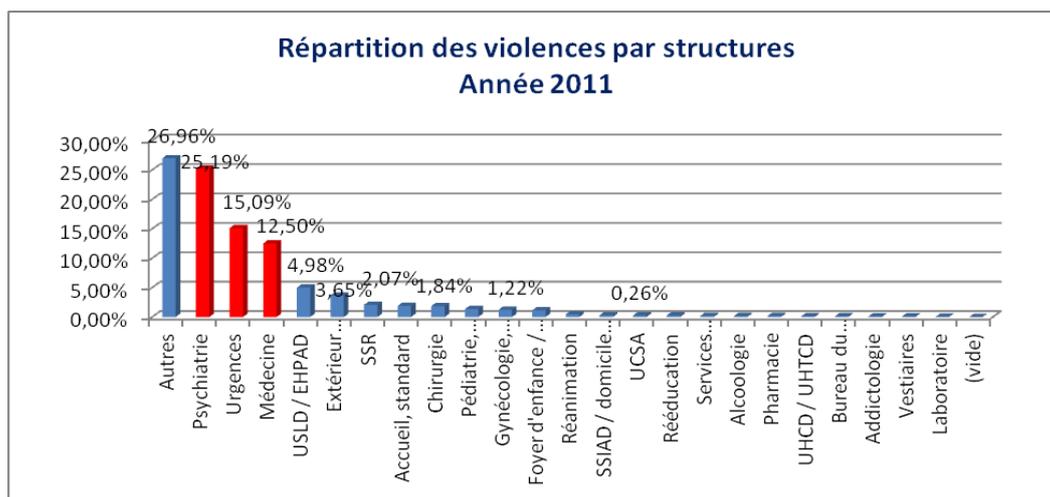
Le niveau 4 - tout fait qualifié crime - reste inférieur à 1% au cours de cette période. Cependant il ne reflète pas la réalité objective survenue au sein des ES car ces établissements ont tendance à déclarer ce type de faits par un autre canal (CORRUS, centre de régulation des urgences sanitaires), et ce en raison de leur gravité, de l'impact psychologique qu'ils peuvent générer et de l'impact médiatique qu'ils peuvent engendrer (information directe des ARS et du cabinet ministériel).





### III TYPOLOGIE PAR STRUCTURES

Tous les services des établissements de santé restent concernés par des actes ou des situations de violence, mais une évolution propre à chaque structure apparaît. L'ordre nouveau relatif aux trois services les plus concernés par les violences, dégagé en 2010 (psychiatrie – médecine – urgences) ne perdure pas et l'ordre établi au cours des années précédentes est repris en 2011 : psychiatrie – Urgences – Médecine.



NB : la catégorie « Autres » correspond à des rubriques non renseignées

Structures	Violences signalées 2010	Violences signalées 2011
Psychiatrie	31,67 %	25,19 %
Urgences	13,48 %	15,01 %
Médecine	15,99 %	12,50 %
USLD / EHPAD	4,58 %	4,98 %
Extérieur établissement / sous-sol / jardin /	5,25 %	3,65 %
SSR	2,08 %	2,07 %
Accueil, standard	2,61 %	1,88 %
Chirurgie	1,69 %	1,84 %
Pédiatrie, Néonatalogie	1,38 %	1,34 %
Gynécologie, obstétrique, maternité	1,41 %	1,22 %
Foyer d'enfance / Adolescents	1,43 %	1,13 %
Réanimation	0,22 %	0,45 %
SSIAD / domicile du patient	0,63 %	0,28 %
Vestiaires	0,29 %	0,09 %
Rééducation	0,26 %	0,26 %
UCSA	0,18 %	0,26 %
Services techniques, sécurité	0,22 %	0,19 %
Alcoologie	0,12 %	0,16 %
Pharmacie	0,18 %	0,16 %
Bureau du personnel	0,18 %	0,10 %
UHCD / UHTCD	0,12 %	0,10 %
Addictologie	0,10 %	0,09 %
Laboratoire	0,10 %	0,03 %
Autres	15,85 %	26,96 %

Total	100,00 %	100,00 %
-------	----------	----------

### III.1 Les services enregistrant une diminution des violences signalées

- La **psychiatrie** enregistre une diminution des violences générales signalées de - 4%. Il s'agit essentiellement d'atteintes aux personnes (-3% en valeur brute correspondant à une baisse des agressions physiques et des faits de niveau 4)
- La **médecine** enregistre une baisse de -3.5%, liée à une diminution des atteintes aux biens (constante des atteintes aux personnes)
- Les **services extérieurs de l'établissement** enregistrent - 1,5%, liée à une nette réduction des atteintes aux biens (-3.5% en valeur brute)
- Les **services d'accueil/standard** baissent de - 1%, liée également à une diminution des atteintes aux biens (constante des atteintes aux personnes)

### III.1 Les services enregistrant une hausse des violences signalées

- Les **services des urgences** enregistrent + 1.5% de violences en raison d'une hausse des atteintes aux personnes (+ 4% en valeur brute) alors même que les atteintes aux biens ont fortement diminué (-10% en valeur brute)
- Les **services USLD/EHPAD** enregistrent une augmentation de + 0,5% en raison d'une hausse de près de 1% des atteintes aux personnes
- La chirurgie présente une légère hausse des faits de violence liée à une augmentation des atteintes aux personnes (injures/insultes)
- Il convient de noter les **services de réanimation** qui enregistrent un doublement des violences signalées au sein de leurs structures, même si les chiffres restent modestes (11 faits signalés en 2010/ 27 faits signalés en 2011 correspondant à une hausse des atteintes aux personnes se répartissant de manière quasi égale entre les insultes, les menaces et les coups)

### III.2 Focus sur les services des UCSA

Compte-tenu de la hausse des manifestations de violence enregistrée au sein des UCSA au cours de l'année 2011, comparativement à 2010, et des visites de sécurité réalisées au sein de ces structures au cours de l'année 2011 par l'Observatoire National, conjointement avec le directeur de projet en charge de la santé des détenus au près de la DGOS, un focus sur ces services met en exergue les analyses suivantes :

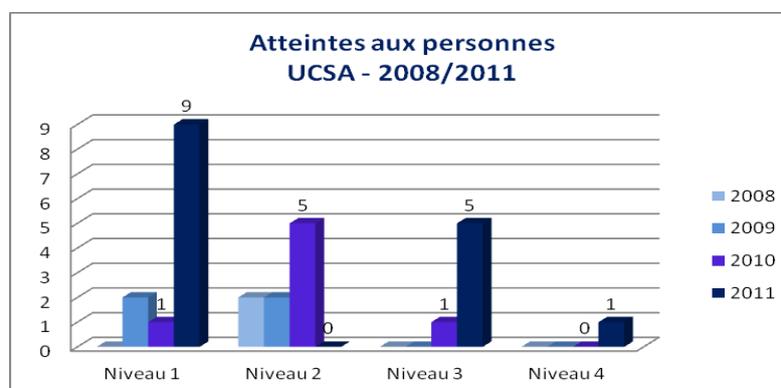


En 2008-2009-2010, l'analyse des violences enregistrées est la suivante:

- 4 faits de vols (atteintes aux biens) ont été signalés sur les 17 faits signalés pour ces 3 années
- 13 faits concernaient des atteintes aux personnes, répartis ainsi :
  - 3 faits d'injures commis par les détenus à l'encontre du personnel soignant
  - 9 faits de menaces commis par les détenus à l'encontre du personnel soignant, y compris des menaces de mort
  - 1 fait d'agression physique commis par un personnel sur un autre personnel (2010)

En 2011, l'analyse des violences enregistrées traduit une hausse du niveau de violence et de la gravité des faits :

- Aucune atteinte aux biens n'est enregistrée
- Les 15 faits concernent des atteintes aux personnes réparties ainsi :
  - 9 faits constituent des injures dont 5 sont imputables à des détenus à l'égard du personnel soignant
  - 5 faits constituent des agressions physiques importantes (coups) commises par des détenus sur le personnel soignant
  - 1 fait constitue une **prise d'otage d'un personnel soignant par un détenu**



Pour l'ensemble des services ayant subi une hausse des violences signalées, les causes ne peuvent pas être objectivement identifiées par l'Observatoire compte-tenu du recueil actuel des informations transmises, mais il conviendrait de croiser ces analyses avec celles relatives aux formations du personnel selon les structures considérées, et de déterminer

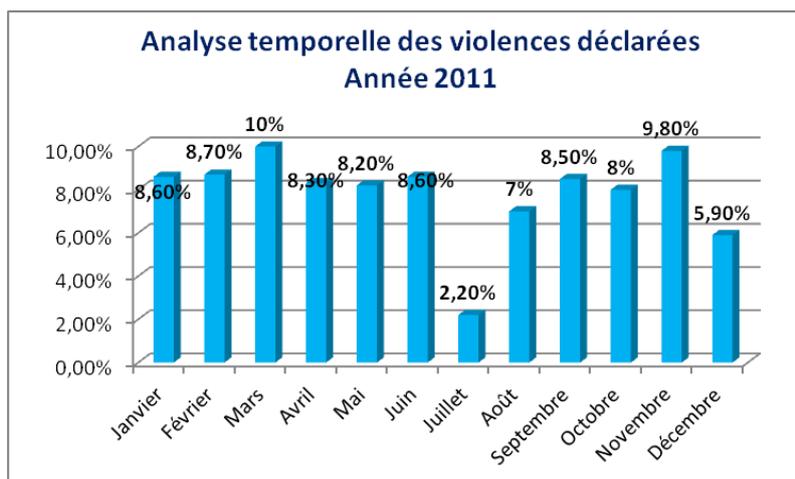
régionalement si les établissements au sein desquels les agressions physiques ont statistiquement augmenté comparativement à leurs faits déclarés, sont des établissements ayant pu ou non engagé une réflexion sur la sécurisation des lieux (agression sur parking, sensibilisation du personnel quant à la protection de leurs effets personnels, coffre-fort mis à la disposition des particuliers dans leur chambre, etc....) et la sécurité des personnes - personnel et patient (gestion des flux, contrôles des entrées, vidéoprotection, présence d'une équipe de sécurité, etc...).

*Ces constatations chiffrées doivent en tout état de cause conduire à une adaptation technique et organisationnelle des services afin que soit prise en compte cette dimension qui assoit les sentiments exprimés par les professionnels de terrain (violence quotidiennement présente et permanente), d'autant qu'une telle dimension n'est pas sans incidence sur l'organisation du travail et les conditions de travail au sein de ces structures.*

#### IV ANALYSE TEMPORELLE

L'analyse présentée ici porte sur l'ensemble des déclarations enregistrées sans distinction des structures concernées. C'est donc une analyse globale, non affinée, dont l'approche générale, rapportée à un établissement puis à un service déterminé, doit permettre d'adopter des mesures organisationnelles, techniques ou humaines selon les constatations effectuées.

##### IV.1 Par mois

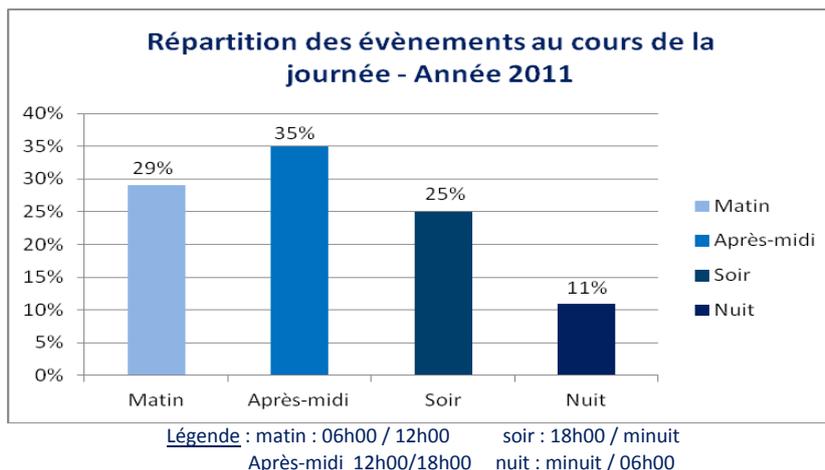


Au contraire des années précédentes, les mois de juillet et décembre 2011 mettent en exergue une forte diminution des événements de violences survenus (la date prise en compte est la date de survenu du fait et non celle de l'enregistrement du fait), sans explication rationnelle.

L'amplitude la plus importante enregistrée entre le mois le moins exposé (2,20%) et le mois le plus exposé (10%) correspond à 438 faits supplémentaires signalés sans qu'il soit permis d'en déduire des conclusions particulières.

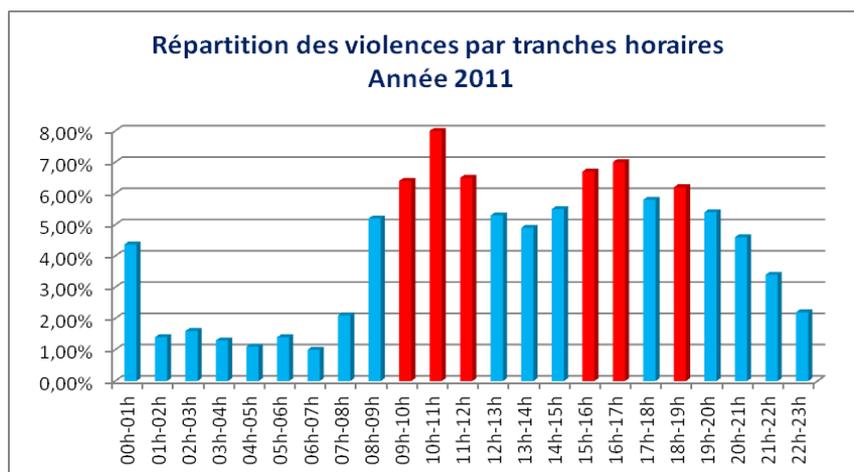
##### IV.2 Par créneaux horaires

Le logiciel de déclaration permet une analyse des créneaux horaires des faits déclarés, sous deux conditions essentielles : que l'heure des faits soit connu du déclarant, et que ce dernier ait rempli la rubrique.



La nette prédominance des faits réalisés en journée demeure avec 64% des évènements de violence manifestés, soit plus de 6 faits sur 10 réalisés entre 6h00 et 18h00.

Cependant les faits survenant en soirée et la nuit ne doivent pas être négligés puisqu'ils représentent 36% des évènements.



La répartition de la survenance des évènements de violence par créneaux horaires au cours d'une journée révèle les créneaux les plus aigus, lesquels sont quasiment identiques d'une année à l'autre. Cependant cette analyse nationale et générale, tous services confondus, ne doit pas masquer la nécessité de réaliser une analyse temporelle par services et par établissement lorsque des mesures adaptées doivent être mises en place.

***La détermination des moments les plus exposés aux manifestations de violence n'est pas sans incidence sur le travail et l'organisation des équipes ; il convient donc de les prendre en compte.***

## V GESTION DES VIOLENCES

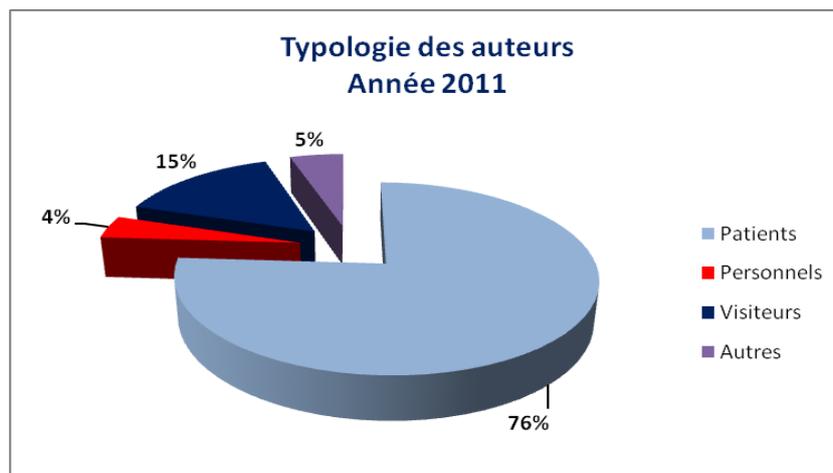
La gestion des violences manifestées au sein des services est un point primordial dans une politique de prévention et de gestion des événements de violence, car de l'implication de l'établissement dans l'accompagnement du personnel ou des patients victimes de violences au sein de sa structure, dépendra la capacité d'action et de réaction des victimes.

Or, en ce qui concerne les personnels victimes de violence au cours de leur exercice professionnel, la dimension psychologique est fondamentale car l'accompagnement de la victime vaut reconnaissance des difficultés qu'elle vit, et des conditions de travail particulières dans lesquelles elle exerce.

Une attention particulière doit également être portée sur les auteurs des violences exercées, afin de déterminer les circonstances de celles-ci, ce qui permet de définir au mieux les aménagements techniques ou structurels à mettre en œuvre.

### V.1 Les personnes concernées.

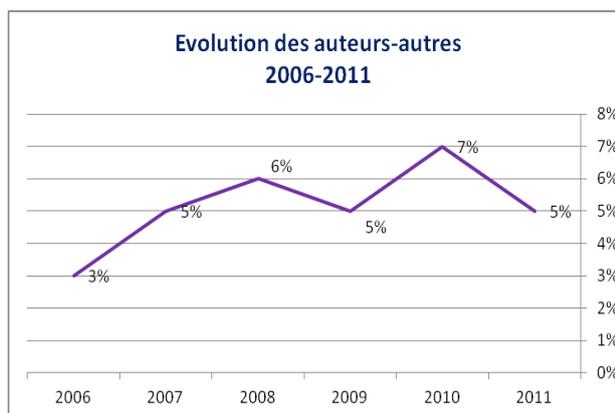
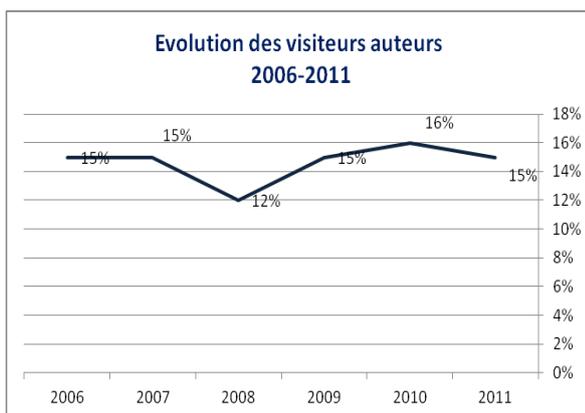
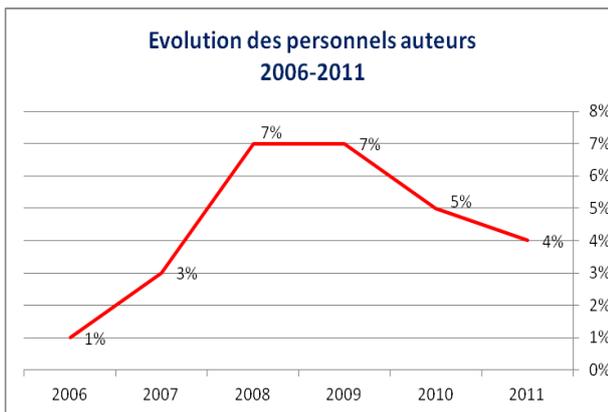
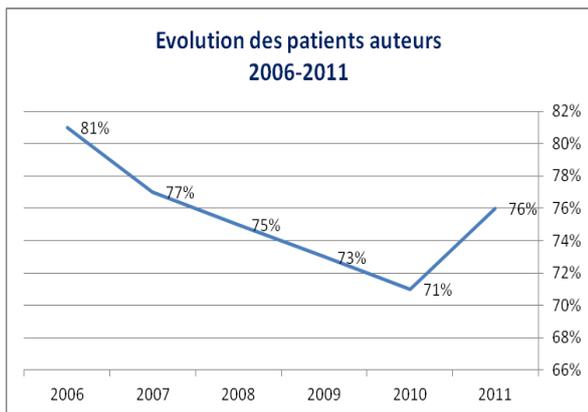
#### V.1.1 Les auteurs



Les auteurs des violences exercées restent très majoritairement les patients mais les visiteurs/accompagnants représentent aussi une part importante.

Ces données concernent toutes les structures confondues des établissements et elles varient dans des proportions importantes selon certains services :

- Pour les services de psychiatrie : 93% des auteurs sont les patients
- Pour les services des Urgences : 30% des auteurs sont les visiteurs/accompagnants
- Pour les services de médecine : 67% des auteurs sont les patients



NB : La catégorie Autres correspond à des auteurs non identifiés

L'évolution des catégories d'auteurs sur la période 2006-2011 est significative en ce qui concerne la catégorie des personnels auteurs, laquelle présente un différentiel de 6% selon les années étudiées (étude infra) et la catégorie des patients auteurs (différentiel de 5%).

**NB :** la catégorie « Autre » s'applique à toutes personnes non identifiées comme accompagnant un patient ou le visitant (/ les sans domicile fixe, les auteurs inconnus notamment pour les atteintes aux biens).

*Ces constats doivent conduire à des interrogations légitimes sur les politiques de prévention des actes de violence à mettre en œuvre et sur les conditions de travail du personnel, car il existe des pistes d'actions touchant à l'amélioration de la prise en charge des patients, ce qui influe sur les causes de manifestation de l'agressivité selon les causes généralement invoquées (pas de statistiques par l'Observatoire sur ce point car les causes ne sont pas intégrées au logiciel, mais ressenti exprimé sur le terrain : attente, communication inadaptée ou inexistante, coordination insuffisante entre les services, règlement intérieur mal compris, etc....).*

De même un réel travail pour limiter la présence des personnes au sein des structures de soins, et qui ne sont pas des patients, doit être réalisé, compte-tenu de leurs comportements générateurs de violences, notamment au sein de certains services.

### V.1.2 Analyse particulière de la situation du personnel auteur

2011 permet d'enregistrer une diminution significative des violences imputées aux personnels.

Comme pour les années 2009 et 2010, l'analyse affinée des violences en cause doit permettre de déterminer la nature des violences exercées par le personnel soignant, et à l'égard de quelles victimes ?

#### La typologie de ces actes est la suivante :

- 242 des faits imputés aux personnels auteurs sont des atteintes aux personnes, soit 96%

Niveau de gravité - 2011	% sur l'ensemble des actes
Niveau 1 (injure/insulte)	55%
Niveau 2 (menace)	15%
Niveau 3 (coups)	26%
Niveau 4 (fait qualifié crime)	-
<b>Nombre d'atteintes aux personnes</b>	<b>96%</b>

- 11 des faits imputés aux personnels auteurs sont des atteintes aux biens (soit 4%)

Niveau de gravité - 2011	% sur l'ensemble des actes
Niveau 1 (vol simple)	4%
Niveau 2 (vol effraction)	-
Niveau 3 (destruction matériel/incendie)	-
<b>Nombre d'atteintes aux biens</b>	<b>4%</b>

La majorité des violences reprochées au personnel est de niveau 1, c'est-à-dire constituent des injures et insultes dans plus d'un cas sur deux.

#### La répartition des personnels auteurs d'actes de violence par structures est la suivante :

« Personnels auteurs » par structures - 2011	%
Autres	30%
Médecine	21%
Urgences	15%
Psychiatrie	10%
Chirurgie	5%
Extérieur établissement (sous-sol, jardin, parking)	6%
USLD / EHPAD	3%
Services techniques, sécurité	1%
Accueil, standard	1%
Vestiaires	1%

Pédiatrie, Néonatalogie	1%
SSR	1%
Gynécologie, obstétrique, maternité	1%
Bureau du personnel	1%
Pharmacie	1%
Total	98%*

\*Total < à 100%, les autres services regroupant les 2% manquants mais avec des données très faibles

La répartition de ces événements de violence par structures place en 1<sup>ère</sup> ligne les services de médecine (21%), puis les services d'urgence (15%), pourtant lieu d'expression d'actes de violence de plus en plus fréquents de la part des patients ou des accompagnants. La psychiatrie est la 3<sup>ème</sup> structure avec 10%. Il convient cependant de signaler que 30% des faits sont survenus dans des lieux non signalés (catégorie « Autres », entrées imprécises des données quant au lieu de réalisation des violences).

**La répartition des victimes des violences manifestées par le personnel auteur est la suivante :**

Concernant les victimes de ces actes de violence commis par le personnel, **la typologie révèle qu'il s'agit essentiellement de conflits entre personnel : dans 86 % des cas**, soit + 9% par rapport à 2010 (77% en 2010).

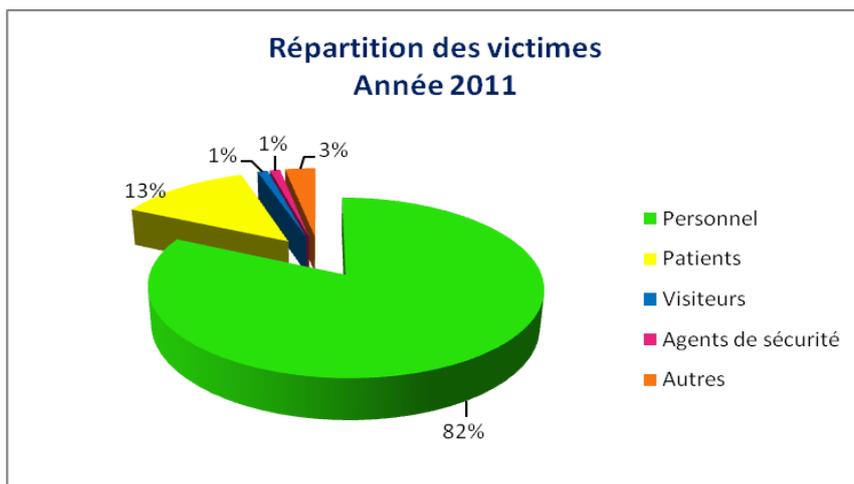
Typologie des victimes - 2011	%
Personnel	86%
Patient	11%
Visiteur	<1%
Autres	2%
<b>Total</b>	<b>100%</b>

**Ces conflits entre personnels se définissent ainsi :**

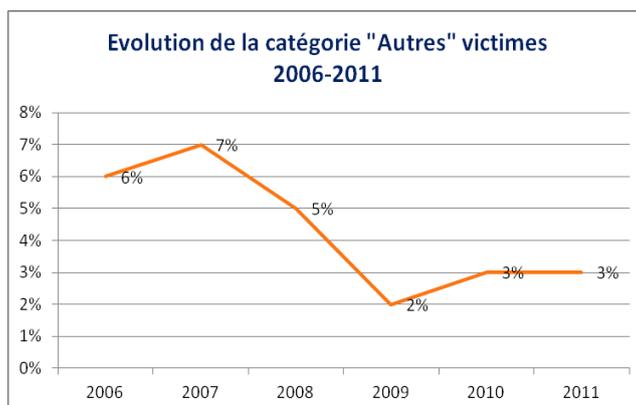
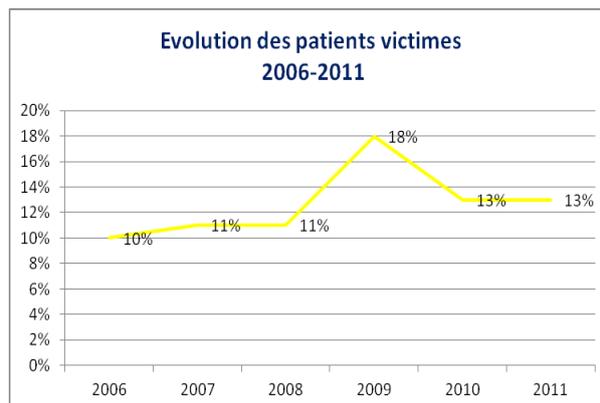
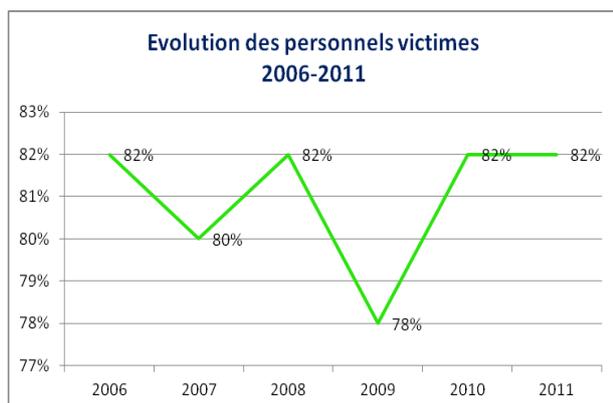
- 55 % correspondent à des insultes et injures
- 16 % correspondent à des menaces
- 27 % correspondent à des coups portés entre personnels
- 2% correspondent à des dégradations légères de biens ou des vols simples.

*Cette analyse doit emporter réflexion car elle révèle que les relations de travail entre personnels peuvent être conflictuelles, lesquelles induisent, tout en pouvant traduire, les conditions de travail. Ce constat n'est pas sans influencer sur les conditions d'accueil et de soins dispensés.*

### V.1.3 Les victimes



L'analyse globale des victimes de violences au sein des établissements de santé est identique à celle de 2010 : dans plus de 8 évènements sur 10, c'est le personnel de l'établissement qui apparaît victime des violences.



*NB : les évolutions « Visiteurs » et « Agents de sécurité » ne sont pas indiquées, les données étant constantes*

***Il conviendrait de déterminer localement les causes majeures des violences exercées (impatience, refus des diagnostics, refus de l'autorité, prise en charge insatisfaisante, etc....), notamment à l'encontre des personnels soignants, - et sur quel personnel***

*(médecin, infirmière, aide-soignante?), afin de pouvoir y répondre par une meilleure organisation structurelle et/ou humaine, et de mettre en œuvre les aménagements requis. Le nouvel outil informatique mis en place depuis le 09.01.2012 doit permettre d'affiner ces éléments statistiques.*

La détermination du type de violence subi par le personnel-victime de ces violences au sein des établissements de santé, et de leur auteur, apporte une 1<sup>ère</sup> réponse.

#### **V.1.4 Analyse particulière de la situation du personnel victime**

Au cours de l'année 2011, 82 % des victimes des violences signalées font partie du personnel soignant.

La typologie des actes qu'il subit est la suivante :

- 5 % des violences subies par les personnels de santé sont des atteintes aux biens

<b>Atteintes aux biens - 2011</b>	<b>% sur l'ensemble des actes commis sur le personnel</b>
Niveau 1 (vol simple)	4%
Niveau 2 (vol par effraction)	0,3%
Niveau 3 (destruction/ incendie)	0.3%
<b>Total</b>	<b>4.6%</b>

- 95 % des violences subies par les personnels de santé sont des atteintes aux personnes

<b>Atteintes aux personnes - 2011</b>	<b>% sur l'ensemble des actes commis sur le personnel</b>
Niveau 1 (insulte)	25%
Niveau 2 (menace)	19%
Niveau 3 (coup)	51%
Niveau 4 (fait qualifié crime)	0.4%
<b>Total</b>	<b>95.4%</b>

Au travers de ces 2 tableaux il apparaît que le personnel est principalement victime de vols simple en ce qui concerne les atteintes aux biens (généralement au sein des services mêmes) ou de dégradations sur son véhicule, et, en ce qui concerne les atteintes aux personnes, de coups.

Il n'y a pas d'évolution entre 2009 et 2011.

La répartition par structures des actes de violence commis sur le personnel place les services de psychiatrie comme les structures exposant le plus les personnels, puis les services d'urgences, puis les services de médecine générale (même répartition entre 2009 et 2011).

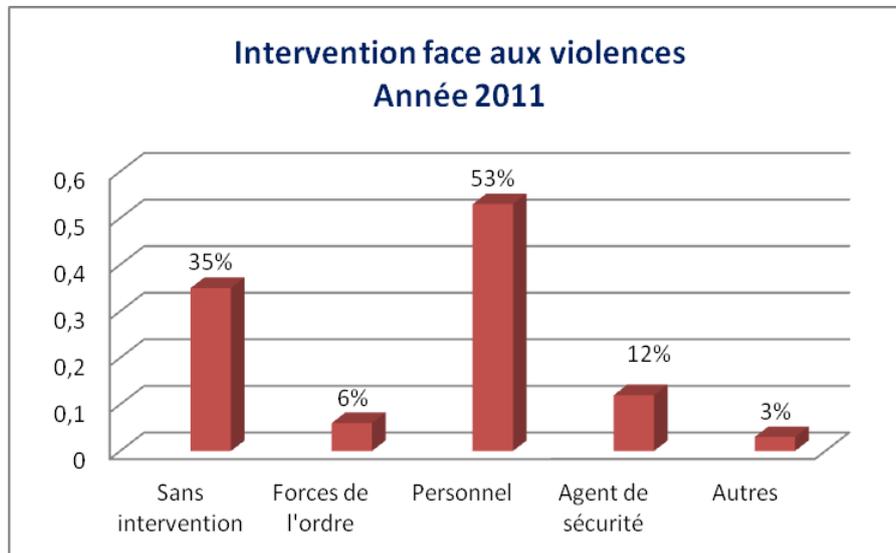
Répartition par structures des violences touchant le personnel - 2011	%
Psychiatrie	25%
Urgences	17%
Médecine	13%
USLD / EHPAD	5%
Extérieur établissement (sous-sol, jardin, parking)	3%
SSR	2%
Accueil, standard	2%
Chirurgie	2%
Pédiatrie, Néonatalogie	1%
Foyer d'enfance / Adolescents	1%
Gynécologie, obstétrique, maternité	1%
Réanimation	0,50%
SSIAD / domicile du patient	<0,5%
UCSA	<0,5%
Rééducation	<0,5%
Services techniques, sécurité	<0,5%
Pharmacie	<0,5%
Alcoologie	<0,5%
UHCD / UHTCD	<0,5%
Vestiaires	<0,5%
Addictologie	<0,5%
Bureau du personnel	<0,5%
Laboratoire	<0,5%
Autres	24%

**Les auteurs des actes de violence commis à l'encontre du personnel sont:**

2011	%
Patients	89%
Visiteurs	<1%
Personnel	6%
Autres	5%
Total	100%

## V.2 Les interventions.

L'analyse des interventions nécessitées pour faire face aux violences manifestées, met en évidence l'impact de ces violences sur les services touchés, dans la mesure où l'intervention nécessaire de tiers met en exergue la désorganisation du service générée.



(NB : les % sont au-delà de 100% car un acte peut nécessiter plusieurs interventions simultanées)

Dans 35 % des situations, les violences exercées cessent sans intervention (constat de vols avec ou sans effraction, de dégradations, d'incendie, de violences légères). Cependant le personnel reste chaque année le premier intervenant (53 %), ce qui s'explique par le fait que les situations déclarées sont essentiellement des atteintes aux personnes et que le personnel en est la première victime. Cette donnée varie peu d'une année sur l'autre (différentiel de 2 à 3% entre 2006-2011 selon les années).

Lorsque le personnel intervient pour gérer la situation de violences, il a besoin d'un renfort dans :

- Auprès des forces de l'ordre dans 6% des cas,
- Auprès des services de sécurité internes à l'établissement dans 10% des cas,
- Auprès d'autres intervenants dans 2% des cas

*Ces analyses valident la nécessité de porter une **attention particulière sur l'équipement des agents hospitaliers afin de leur permettre de donner une alerte facile, rapide et compréhensible par tous, ainsi que sur l'organisation du travail, afin d'assurer un personnel suffisant, notamment aux heures où le risque se manifeste le plus (analyses croisées à faire avec l'analyse temporelle des violences).***

De même est mis en évidence l'importance d'une présence d'une équipe de sécurité effective et bien formée, tout comme un partenariat étudié avec les forces de l'ordre afin de garantir au mieux une réaction et une intervention facilitée et efficiente.

Ces constats répétés d'une année à l'autre doit conduire à apporter ***une attention particulière à la formation du personnel face à la prévention et à la gestion des manifestations de violence***, mais aussi à ***prendre en compte le stress généré par cette donnée***, impactant directement les conditions de travail du personnel sollicité et la qualité des soins donnés.

## VI CONSEQUENCES DES VIOLENCES

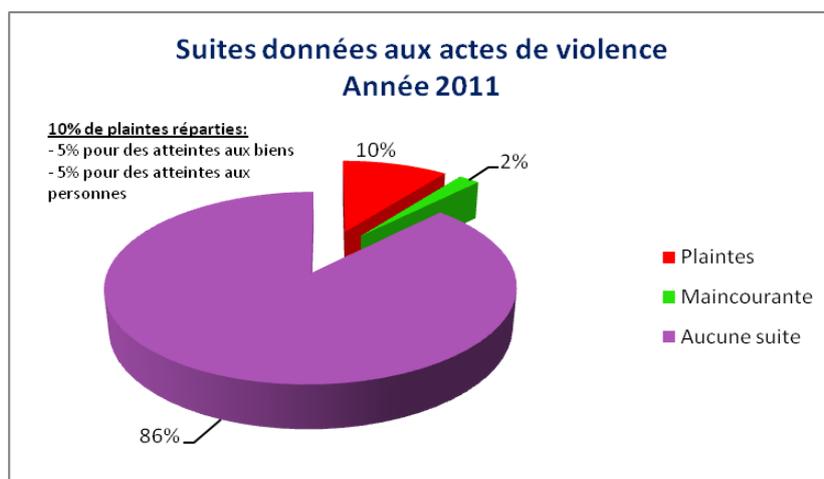
La survenue récurrente de violences au sein des établissements de soins doit conduire, parallèlement aux observations précédentes, au développement d'une politique d'accompagnement des victimes bien définie, connue et efficiente, afin de garantir une réelle prise en charge de ces victimes, notamment la prise en charge du personnel, première victime lors de son exercice professionnel.

Or les statistiques annuelles et l'évolution des suites engagées, au cours de la période 2006-2011, révèle un faible taux de plainte, alors même que les violences exercées sont de nature importante (cf. supra).

Les analyses suivantes permettent de définir un état des lieux des conséquences de ces violences à trois niveaux d'études différents :

- les suites engagées sur le plan pénal (dépôt de plainte ?),
- les arrêts de travail générés,
- les incapacités temporaires de travail.

### VI.1 Les suites engagées



Les statistiques relatives aux suites engagées sont révélatrices d'un dysfonctionnement certain : 86 % des actes déclarés au sein des établissements de soins ne donnent suite à aucun dépôt de plainte ou de déclaration de main courante alors même que plus d'un fait sur deux subis constitue une violence de niveau 3 (agression physique).

- le taux général de plainte déposé est de 10 %, tout type d'atteinte confondu, soit -3% par rapport à 2010,
- les plaintes déposées pour des atteintes aux biens sont équivalentes aux plaintes déposées pour des atteintes aux personnes, ce qui marque un changement au cours de l'année 2011 car depuis 2006 les plaintes étaient davantage déposées pour les atteintes matérielles (nécessité liée aux assurances ?).

Lorsqu'une plainte ou une main courante a été déposée :

- L'établissement est intervenu seul dans 3%
- La victime physique est intervenue seule dans 7% des démarches
- L'établissement et la victime physique sont intervenus conjointement dans 1% des situations

**→Focus sur les suites judiciaires portées à la connaissance des établissements :**

- 25 classements sans suite ont été signalés par les établissements,
- 22 comparutions immédiates,
- 46 convocations ultérieures en justice.

Ces données doivent être tempérées par le fait que le dépôt de plainte n'a pas encore nécessairement eu lieu, ou n'a pas encore été décidé au moment de la rédaction de la fiche de l'évènement. Orlogiciel de déclaration Netsurvey utilisé en 2011 ne permettait pas une communication ultérieure des informations, tant en ce qui concerne les dépôts de plainte décidés, qu'en ce qui concerne les décisions judiciaires.

La mise œuvre de la nouvelle plate-forme de déclaration depuis le 01 janvier 2012 permettra de déterminer plus précisément les suites engagées à la suite des violences subies.

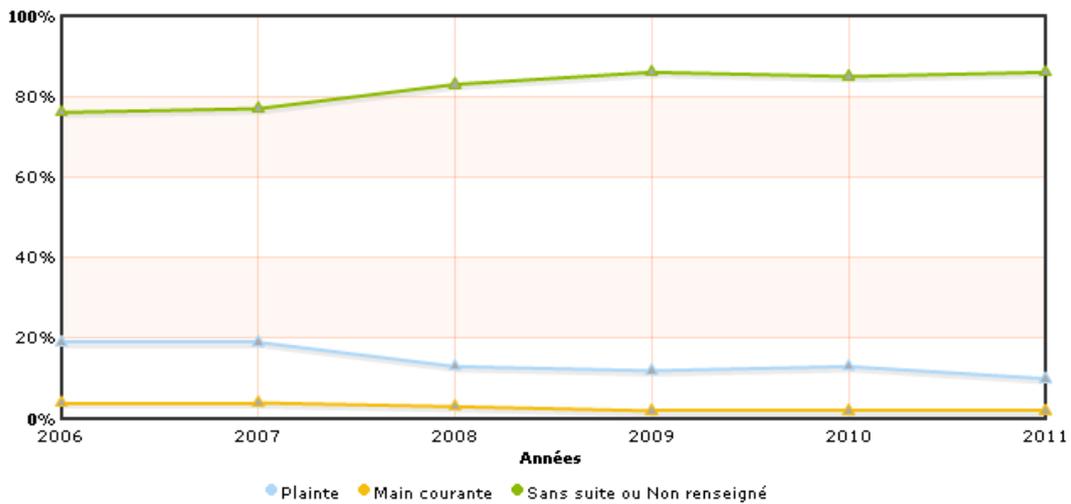
La modification du protocole Santé-Sécurité du 12.08.2005 intervenue le 10.06.2010 ne semble pas avoir apporté de correctifs concrets sur ce point mais les précisions sus-indiquées tempèrent l'analyse.

Parallèlement, une amélioration de la procédure d'assistance juridique, notamment du personnel, victime à l'occasion de son exercice professionnel, était apparue indispensable compte-tenu des statistiques éditées par l'Observatoire. Le groupe de travail mis en place au cours de l'année 2011 a permis la réalisation de fiches-réflexes relatives aux procédures à mettre en œuvre en cas de violences manifestées au sein des services de santé, que les victimes soient les personnels ou les patients.

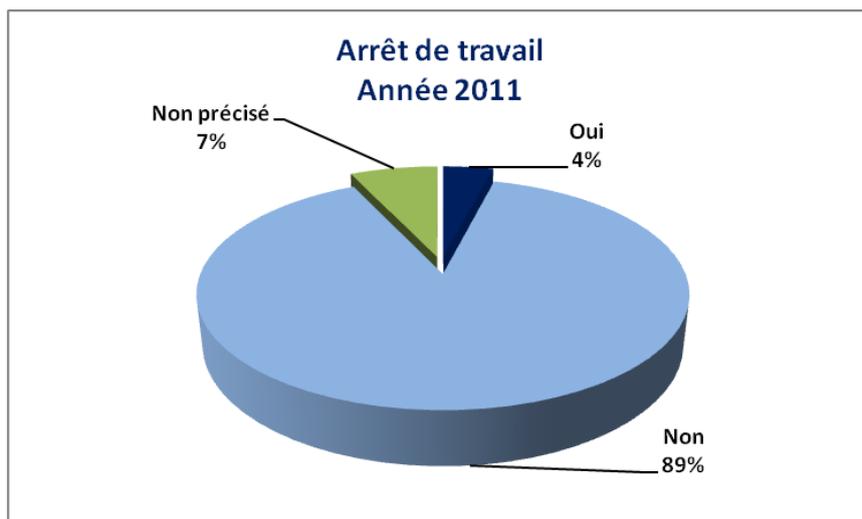
Ces fiches, d'abord diffusées sur le site de l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé, devraient être éditées dans un guide, à l'initiative des partenaires de travail corédacteurs.

Il sera important d'en mesurer l'impact à la fin de l'année 2012.

Evolution des suites engagées 2006-2011

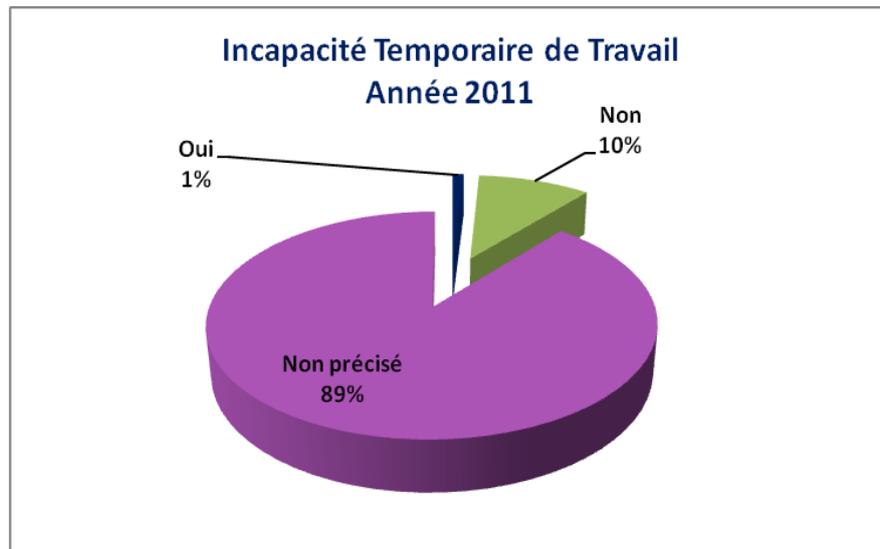


## VI.2 Les arrêts de travail.



Même si les fiches ne sont pas remplies avec précision (7% des fiches sont « non précisé »), force est de constater que le nombre d'arrêt de travail signalé auprès de l'Observatoire suite aux déclarations de violence vécues, est extrêmement faible avec 4% d'arrêts au cours de l'année 2011. Cette donnée apparaît quasiment stable d'une année sur l'autre.

### VI.3 Les ITT



Compte-tenu du nombre très élevé de fiches ne donnant aucune indication sur une éventuelle incapacité temporaire de travail subie par les victimes des violences (89%), alors même que ces victimes sont dans 3 cas sur 4 le personnel de l'établissement), l'analyse reste approximative.

Certaines incohérences de réponse méritent également d'être notées : certains établissements ont signalé une absence d'arrêt de travail tout en indiquant une incapacité temporaire de travail (17 fiches concernées), ce qui juridiquement n'est pas possible.

Ces difficultés devraient être résolues avec la nouvelle plate-forme de déclaration mise en œuvre à partir de janvier 2012.

## **VII CONCLUSION – PERSPECTIVES**

Le bilan national DGOS-ONVS 2011 des signalements d'actes de violence en milieu de santé analyse l'ensemble des situations de violence subies ou vécues au sein des établissements et déclarées à l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé via le logiciel Netsurvey, au cours de l'année écoulée.

Ce logiciel, conçu et diffusé en septembre 2005, remanié en avril 2006 selon les termes de la circulaire DHOS/2005/327 du 11 juillet 2005, a été arrêté le 05.01.2012 au profit d'une nouvelle plate-forme de déclaration, outil à la fois de connaissance en temps réel des événements de violence, mais également outil possible de pilotage d'une politique de prévention et de gestion des événements de violence réactive et adaptée.

Outil plus performant, il offre de nouvelles orientations:

- Une connaissance en temps réel des événements de violences survenus, avec des analyses simultanées à plusieurs niveaux : au niveau de l'établissement, au niveau régional (pour l'ARS), au niveau national (pour la DGOS). L'accès à la plate-forme sera sollicité auprès de : [o6@sante.gouv.fr](mailto:o6@sante.gouv.fr). Ainsi les agences régionales ont accès à l'ensemble des événements enregistrés en ce qui concerne leur région, la DGOS ayant seule l'accès aux événements déclarés au plan national. L'objectif d'une telle évolution est de permettre un pilotage le plus efficient possible de ces événements, au travers d'indicateurs précis définis.
- La création de points d'alerte, ciblés selon des degrés de violence définis (niveau 4 notamment: tout fait qualifié crime peut générer une alerte automatique sur le site de l'ONVS)
- Des niveaux d'informations affinés (quels sont les personnels soignants les plus exposés, dans quels services? Les hommes ou les femmes sont-ils davantage exposés ?)
- Un enrichissement permanent possible. Chaque établissement pourra enrichir en continu ses déclarations et consulter l'ensemble de ses déclarations annuelles (ce qui n'était pas possible avec Netsurvey), en indiquant a posteriori les suites relatives à la gestion du fait de violence (dépôt de plainte, suites judiciaires, ITT, arrêt de travail, ce qui n'était pas non plus possible)

A moyen terme, la nouvelle plate-forme de l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé devrait permettre aux établissements d'enregistrer les principaux équipements de sécurité déployés au sein de leurs structures (connaissances sommaires actuellement). Cette disposition permettra notamment aux agences régionales et à l'Observatoire National d'apporter tout appui technique nécessaire pour prévenir une meilleure sécurisation des lieux adaptée, ou pour remédier à la réitération de faits de violence particulièrement graves.

Il appartient cependant aux établissements de s'approprier ce nouvel outil, notamment au travers de la direction de la gestion des risques et des chargés de sécurité lorsque l'établissement dispose d'une équipe dédiée à la sécurité, indépendante de l'équipe sécurité incendie.

En effet l'ensemble de ces données reste liée à l'implication des directions d'établissements et des politiques de prévention et de gestion des violences mises en œuvre et soutenues par les Agences Régionales de Santé.

Il est donc primordial que les termes de la circulaire du 11 juillet 2005 soient le plus largement possible diffusés et respectés.

C'est à ce prix que les études menées par l'ONVS seront les plus fiables possibles et le reflet de la réalité quotidienne vécue et/ou subie par les praticiens sur le terrain, plus juste.

S'il n'est plus possible d'ignorer que la violence existe au sein des établissements de santé, qu'elle soit endogène (patients) ou exogène, qu'elle soit involontaire (expression d'une pathologie) ou recherchée et ciblée (invasion de bandes, règlement de compte entre bandes rivales, manifestation d'un énervement ou d'une angoisse), *l'année 2011 met en exergue une radicalisation de plus en plus marquée des actes de violence* exercés au sein des établissements.

Ces actes ont parfois *nécessité l'intervention de forces spéciales* pour négocier et maîtriser l'auteur de l'acte (patient ou détenu-patient).

Mais ces actes mettent aussi en évidence *une présence de plus en plus forte d'armes blanches lors de la commission de ces violences*.

A ce titre, le signalement des actes les plus violents auprès de l'ONVS en 2011 est significatif :

- ▶ **Janvier** : agression par arme blanche ayant entraîné la mort, d'un patient sur un autre (région PACA)
- ▶ **Février** : agression par arme blanche d'un médecin par un membre de la famille d'un ancien patient (région IDF)
  - : tentative d'agression par arme blanche d'un patient sur une infirmière (région Rhône-Alpes)
- ▶ **Août** : menace avec arme blanche d'un infirmier par un patient et intervention du GIGN (région Aquitaine)
- ▶ **Octobre** : agression d'une infirmière par un patient détenu pour s'évader (région IDF)
  - : prise en otage d'un médecin par un patient-détenu (région Lorraine)
  - : séquestration à domicile d'une infirmière par un patient suivi en HAD (région Alsace)
- ▶ **Novembre** : homicide par arme blanche d'un patient sur un autre (région Auvergne)
  - : agression d'un infirmier pour se sauver du service et intervention du GIGN (région Languedoc-Roussillon)
  - : agression à l'arme blanche d'un patient sur un autre (région Aquitaine)
  - : agression à l'arme blanche suivie de vol, d'une infirmière sortant des urgences par un individu (région Centre)
- ▶ **Décembre** : viol d'un patient sur un autre (région PACA)

La mise en lumière de ces faits démontre à eux-seuls que la violence survenue au sein des établissements n'est plus une simple question d'incivilités, mais qu'elle relève d'une évolution sociétale bien plus préoccupante, pour laquelle la présence d'arme sur soi, et alors même que l'on est dans un lieu d'accueil et de soins, est devenue banale et normale.

Les établissements de santé **ne doivent pas faire l'économie de cette prise de conscience** car il s'agit non seulement d'assurer la protection des patients accueillis, mais aussi de garantir la sécurité de leur personnel quel qu'il soit, et au-delà de ces premières exigences, de prévenir les responsabilités juridiques dont ils pourraient avoir à répondre (des condamnations d'établissements sont intervenues, argumentées par « un dysfonctionnement constitutif d'une faute dans le fonctionnement et l'organisation »).

C'est une des raisons pour lesquelles l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé et les référents-sûreté des services départementaux de la Police ou de la Gendarmerie Nationales multiplient **les visites et audits de sécurité auprès des établissements de santé**, conformément aux dispositions prévues par le protocole actualisé Santé-Sécurité-Justice du 10 juin 2010.

De plus l'évolution de la plate-forme de signalement devrait permettre prochainement aux établissements d'intégrer leurs principaux équipements de sécurité, ce qui devrait faciliter l'analyse relative à l'adéquation entre les mesures mises en œuvre à titre préventif et les faits de violence survenus et signalés.

Mais le **travail transversal au sein même du Ministère de la Santé** doit être accentué afin qu'un partage permanent et aidant de l'information entre les différents services impliqués à un niveau quelconque dans la sécurité, le suivi des patients ou le financement des établissements, puisse assurer une corrélation adaptée et efficiente de l'action de chaque partenaire de travail.

Ainsi l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé a poursuivi de manière plus accrue les **visites conjointes avec la Direction de projet en charge de la santé des détenus** (relevant de la DGOS, de la DGS et de la DGCS), le volet sécurité/sécurisation étant systématiquement intégré au rapport de mission établi.

Il serait cependant opportun qu'une **évaluation au moins annuelle** puisse être menée au niveau de la mise en œuvre des préconisations de sécurité proposées par l'Observatoire auprès des établissements, évaluation à confronter à l'évolution des faits de violence subis, afin d'asseoir la pertinence desdites mesures et d'assurer leur adaptation si nécessaire.

Il convient enfin de rappeler que l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé actualise régulièrement le site intranet/internet proposé aux établissements depuis juin 2009, afin que ceux-ci disposent d'une base de données la plus complète possible mais bénéficient également d'un partage des « bonnes pratiques » mises en œuvre par des établissements, ou trouvent des réponses juridiques à des problèmes relatifs à la sécurité.

[Observatoire national des violences en milieu de santé \(ONVS\) - Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé \(Secteur Santé\)](#)

-0-

# ANNEXES

1. Le bilan annuel des violences recensées au sein des l'AP-HP
2. Le bilan annuel des violences signalées auprès du Conseil de Sécurité de l'Ordre National des Médecins
3. Le bilan annuel des violences signalées auprès du Conseil de l'Ordre National des Pharmaciens
4. Le bilan des protocoles départementaux Santé-Sécurité-Justice du 12.08.2005 actualisé le 10.06.2010
5. L'évolution des condamnations prononcées pour des agressions de personnel de santé



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<sup>er</sup>

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

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

#### Article 2

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

### **Article 3**

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

### **Article 4**

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

### **Article 5**

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

### **Article 6**

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

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

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

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

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

### **Article 7**

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

#### **Article 8**

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

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

#### **Article 9**

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

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

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

#### **Article 10**

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

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

#### **Article 11**

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

#### **Article 12**

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

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

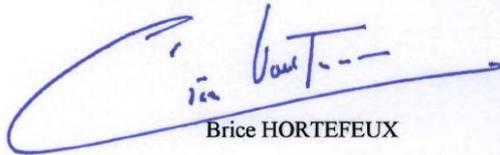
**Article 13**

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

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

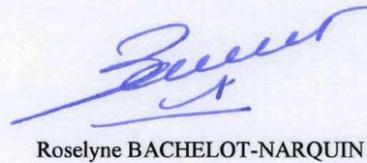
Fait à Paris, le 10 JUIN 2010

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



Brice HORTEFEUX

La ministre de la santé et des sports



Roselyne BACHELOT-NARQUIN

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



Michèle-ALLIOT-MARIE