



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Direction générale de l'offre de soins

Observatoire national des violences en milieu de santé

DGOS/SDRH/Bureau RH3/ONVS

RAPPORT ANNUEL 2014

Observatoire national des violences en milieu de santé

Rapport 2014 sur les données 2013.

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

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

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

Observatoire o6/USID

Unité du Système d'Information Décisionnel

SOMMAIRE

AVANT PROPOS	3
I. PRÉSENTATION DES DONNÉES 2013	5
I.1 Les régions déclarantes	5
I.2 Les types d'établissements déclarants	7
I.3 Les faits signalés en 2013	8
I.4 Les atteintes aux personnes	12
I.5 Les atteintes aux biens	15
II. ANALYSE DES VIOLENCES ENVERS LES PERSONNES.....	21
II.1 Typologie des victimes.....	21
II.2 Typologie des auteurs.....	22
II.3 Les motifs des violences	23
II.4 La gestion des évènements de violence	23
II.5 Les suites données.....	25
III. LA PREVENTION DE LA VIOLENCE	26
III.1 Les actions mises en œuvre	26
III.2 Diffusion des bonnes pratiques	29
Le protocole-cadre de l'APHP :	29
Le protocole de l'APHM :	30
L'organisation des urgences de l'hôpital Bichat :	31
IV. LES MODALITES D'ACCOMPAGNEMENT	33
IV.1 Le partenariat	33
IV.2 Les visites techniques et les interventions thématiques	34
IV.3 Les fiches réflexes «accompagnement des victimes de violences»	34
V. CONCLUSION.....	35
VI. ANNEXES	35
Observatoire pour la sécurité des médecins : synthèse des évènements de 2013 :	35
Protocole Santé-Sécurité du 12 août 2005	40
Protocole Santé-Sécurité-Justice du 10 juin 2010	44
Protocoles des professions libérales du 20 avril 2011	48
Convention du CH de Lens.....	59

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

AVANT PROPOS

Depuis maintenant neuf années, l'Observatoire des violences en milieu de santé (ONVS) propose un bilan des incidents de violence déclarés par les établissements de santé.

L'Observatoire national des violences a été créé par une circulaire du 11 juillet 2005. Elle définit les missions qui sont, notamment, de collecter les faits de violences et 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. Elle développe la circulaire du 15 décembre 2000 qui définit les grands axes d'une politique de prévention des situations de violence dans les hôpitaux. La mise en place d'une nouvelle plate-forme de déclaration en janvier 2012 a étendu cette possibilité de signalement au secteur médico-social.

Une procédure de recueil permet, par le biais d'une application unique, de recenser les atteintes et de centraliser les événements de violence. La consultation peut ensuite s'effectuer à trois niveaux (local pour l'établissement concerné, régional pour l'agence régionale de santé et enfin national pour l'ONVS)

Les éléments statistiques présentés dans ce rapport sont donc issus des signalements des établissements eux-mêmes sur la base du volontariat. Ils ne prétendent pas à l'exhaustivité, mais représentent un reflet, un instantané de la violence présente au quotidien dans les services.

Des données brutes auraient peu de signification en elles-mêmes, tout l'intérêt réside dans l'analyse que l'on peut en faire, les conclusions que l'on peut en tirer sur la réalité et les contours du phénomène observé. Les éléments chiffrés permettent d'apporter une contribution à la connaissance de ces incidents, leur fréquence, le profil des auteurs et des victimes, ainsi que les suites et les conséquences des actes subis. Ils permettent d'éclairer les décideurs publics sur la réalité des phénomènes afin que l'élaboration des politiques publiques puisse reposer sur des constats et des faits permettant d'étayer et de valider des choix stratégiques. Il s'agit donc bien au final de fonder une politique publique de prévention des violences et d'accompagnement des établissements.

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

L'hôpital est par nature un lieu hors du commun où la souffrance et l'angoisse ont toujours été présentes. On ne peut donc pas dire qu'il y a plus de violences, mais que leur origine ou leur forme a changé. Ce qui augmente cependant c'est l'aggravation du sentiment d'insécurité ressenti par les personnels de santé. La tolérance face à des violences dont les causes sont parfois mal identifiées ou à des violences gratuites est devenue très faible.

Si l'on ne peut cautionner cette violence qu'il faut au contraire tout faire pour dénoncer et combattre, elle doit néanmoins nous pousser à nous interroger sur sa signification et l'image qu'elle nous renvoie de notre société. L'analyse de données statistiques ne doit pas nous faire oublier que c'est en réalité un ensemble de facteurs interagissant entre eux qui ont pu conduire à l'expression de manifestations de violences plus ou moins graduées.

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

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

I. PRÉSENTATION DES DONNÉES 2013

En 2013, l'Observatoire des violences en milieu de santé a été rendu destinataire de 12 432 signalements d'atteintes aux personnes et aux biens, effectués par 353 établissements sanitaires et médico-sociaux. En 2012, 352 établissements signalaient 11 021 faits. 12 % des établissements de santé ont travaillé avec l'observatoire en 2013.

I.1 Les régions déclarantes

Ce tableau n'illustre pas la dangerosité des régions, mais le nombre de signalements qu'elles ont souhaité porter à la connaissance de l'ONVS.

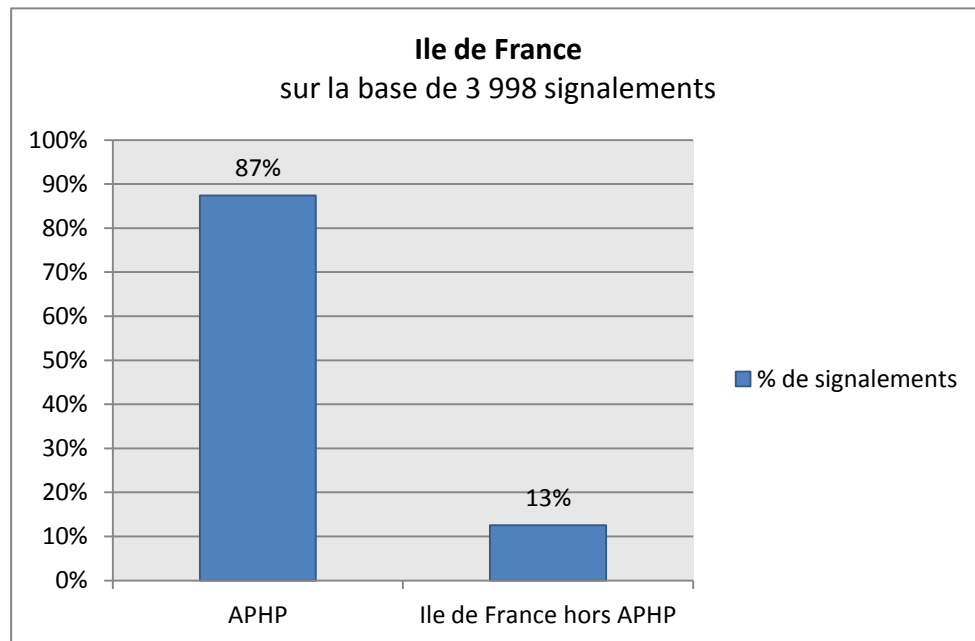
Tableau 1. Présentation des déclarations 2013 par région

Régions ARS	Nombre d'établissements déclarants 2012	Nombre d'établissements déclarants 2013	Nombre total de signalements
Alsace	15	14	609
Aquitaine	15	14	349
Auvergne	7	5	79
Basse-Normandie	22	23	808
Bourgogne	7	7	531
Bretagne	20	21	497
Centre	11	12	358
Champagne-Ardenne	12	12	321
Corse	1	1	38
Franche-Comté	7	5	300
Haute-Normandie	6	7	140
Ile-de-France	53	55	3 845
Languedoc-Roussillon	23	20	971
Limousin	5	4	165
Lorraine	21	23	405
Midi-Pyrénées	16	16	398
Nord-Pas-de-Calais	19	17	654
Pays de la Loire	14	15	676
Picardie	17	13	231
Poitou-Charentes	12	10	158
Provence-Alpes-Côte d'Azur	26	38	547
Rhône-Alpes	19	17	331
Martinique	1	0	0
Guyane	1	1	14
Guadeloupe	2	2	3
Océan Indien	0	1	4
Totaux	352	353	12 432

Cette analyse permet une approche sur l'utilisation locale de l'application mise à disposition par la direction générale de l'offre de soins afin d'avoir une connaissance plus fine des agences régionales de santé qui l'ont intégrée et des établissements qui ont développé une politique nationale de remontée d'informations.

La région Ile de France représente 31% des déclarations avec 3 998 signalements en 2013 soit 55 établissements déclarants. Signalons que l'assistance publique des hôpitaux de Paris (AP-HP) a mis en place une politique de déclarations exhaustives des atteintes aux personnes et aux biens. Depuis 2012, l'AP-HP qui représente 35 établissements franciliens (ainsi que 2 établissements hors Ile-de-France) a décidé d'abandonner son outil interne de recensement des évènements au profit de celui de l'ONVS.

Graphique 1. Données 2013 en Ile-de-France



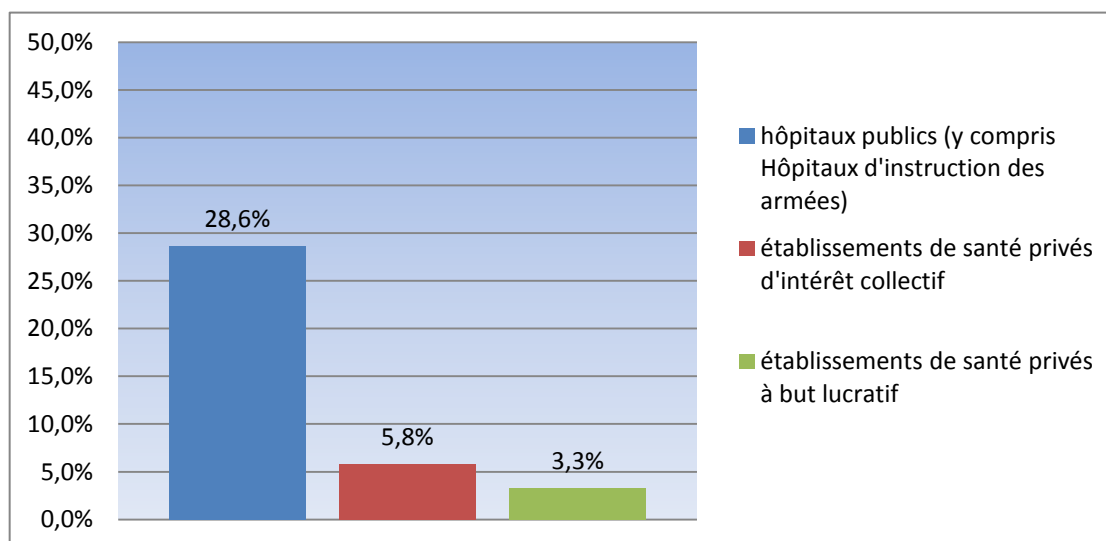
Concernant les autres régions, l'implication dans le dispositif est variable sans que l'on puisse toutefois en tirer des conclusions générales. D'un établissement à l'autre, les politiques en la matière diffèrent. Pour certains, la mise en place d'un outil interne de recensement des déclarations et d'initiatives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

Il est également possible que certaines régions moins confrontées à ces phénomènes se sentent moins concernées par cette problématique. Il faut cependant souligner que l'anticipation est la meilleure des réponses et qu'il est préférable de mettre les choses en place sereinement plutôt que d'attendre la survenue d'évènements et d'être alors obligé d'agir dans l'urgence.

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

1.2 Les types d'établissements déclarants

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



Les établissements de santé privés (à but lucratif ou non) ont participé à hauteur de 9,1% (soit 82 établissements) et ont procédé à 722 signalements en 2013.

Tableau 2. Répartition des déclarations par type d'établissement

Déclarations 2013	Nb établissements	Nb déclarants	% déclarants
hôpitaux publics (y compris Hôpitaux d'instruction des armées)	946	271	28,6%
établissements de santé privés d'intérêt collectif	709	41	5,8%
établissements de santé privés à but lucratif	1 258	41	3,3%
Total	2 913	353	12,1%

*Les " hôpitaux publics" regroupent les centres hospitaliers généraux (CH/CHR/CHU/CHRU), les centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie et les hôpitaux locaux.

*Les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) regroupent les établissements privés à but non lucratif, les centres de lutte contre le cancer et les établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH).

*Les établissements de santé privés à but lucratif regroupent ce que l'on appelle communément les "cliniques".

*Les établissements médico-sociaux regroupent les établissements sociaux et médico-sociaux publics et privés.

En 2013, environ 12% des établissements sanitaires (publics et privés) ont signalé des actes de violence sur la plate-forme de l'ONVS.

Dans le secteur médico-social, la connaissance du dispositif est encore très limitée et seuls 2 établissements ont déclaré des événements de violence en 2013 (2 signalements).

Tableau 3. Présentation de la participation de l'hôpital public

Type d'établissements	Nb déclarants	Nb total	% déclarants	% des signalements
C.H.R	15	32	47%	39%
Centre Hospitalier	159	531	30%	35%
Etablissement Public de Santé Mentale	47	88	53%	19%
Ex Hôpital local	12	274	4%	1%
Hôpitaux d'instruction des armées	2	9	22%	0,1%
				94%

La part de l'hôpital public dans les déclarations reste prédominante avec plus de 25 % de ces établissements qui participent à l'alimentation de la plate-forme. Ils ont ainsi été à l'origine de 11 709 signalements soit 94% de l'ensemble.

En 2013, 47% des centres hospitaliers régionaux et 30% des centres hospitaliers ont fait remonter 9 260 signalements d'incidents de violence. Il en a été de même pour 53% des établissements publics de santé mentale (2 314 signalements).

I.3 Les faits signalés en 2013

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

En 2013, 9 190 atteintes aux personnes et 3 662 atteintes aux biens étaient signalées. Ainsi, 420 déclarations répertoriaient les deux types d'atteintes cumulativement ; essentiellement des violences accompagnées de dégradations.

Graphique 3. Répartition des signalements de violences

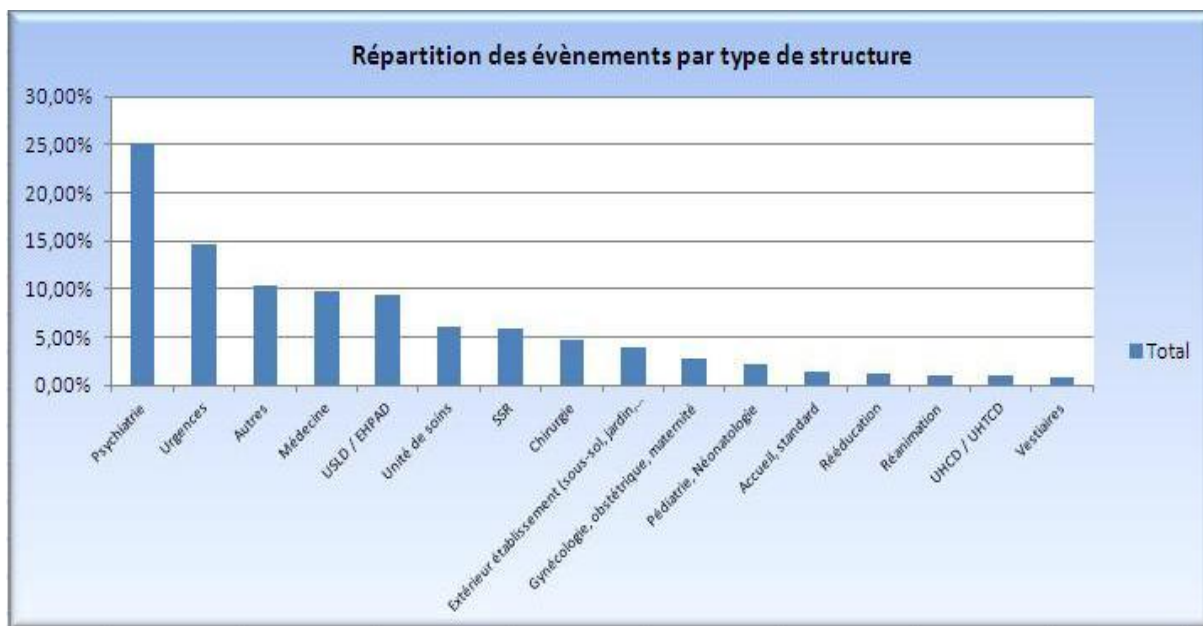


Dans la logique du système déclaratif mis en place lors de la création de cet observatoire, les établissements font remonter majoritairement des atteintes aux personnes (à l'exception notable de l'AP-HP pour les raisons mentionnées supra). En effet, ce type d'atteinte pour des raisons évidentes est celui qui est le plus mal ressenti par le personnel et

pour lequel il est souvent le moins bien préparé. Par ce biais, les victimes désirent également alerter sur leurs conditions de travail et la dégradation des relations patients/soignants.

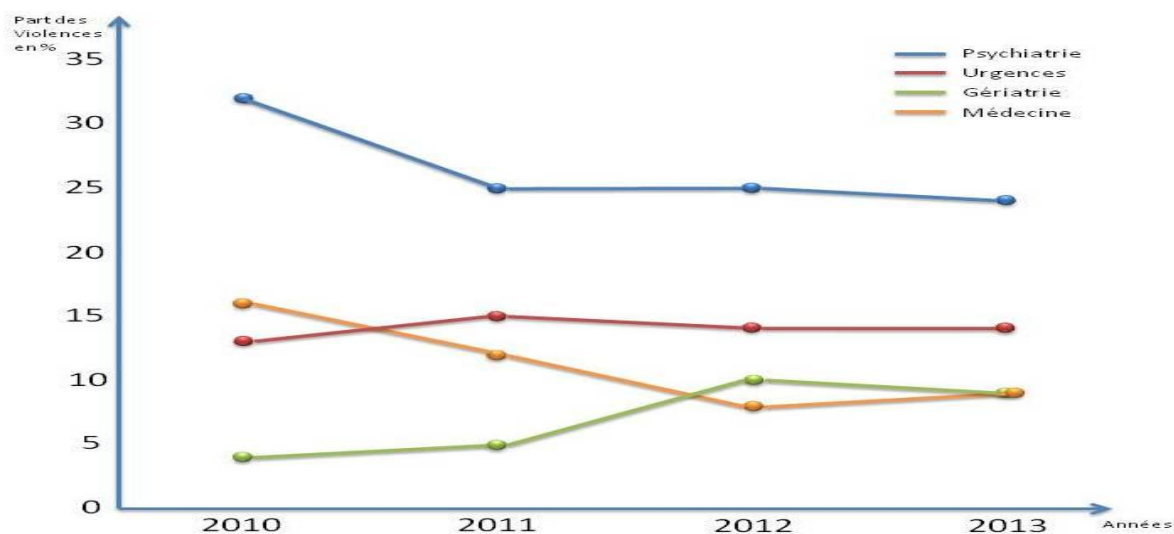
Des évènements signalés en 2013, on constate que tous les services sont exposés¹ à des phénomènes de violence, cependant certains lieux et certaines activités sont plus concernés.

Graphique 4. Répartition des évènements par lieu ou par service



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

Graphique 5 : Evolution de la part des signalements sur 4 ans pour les services les plus concernés



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

Sur les quatre dernières années, on peut observer une évolution assez significative concernant ces services. La part de la psychiatrie et de la médecine tend à se stabiliser après une période de baisse. Les violences recensées en gériatrie se stabilisent après une période de hausse. Quant à la proportion du nombre de signalements émanant des services d'urgence, elle reste globalement stable. Il semble toutefois que ces évolutions soient plus liées à la variation des établissements déclarants qu'à une réelle modification de l'ordre des services exposés à la violence.

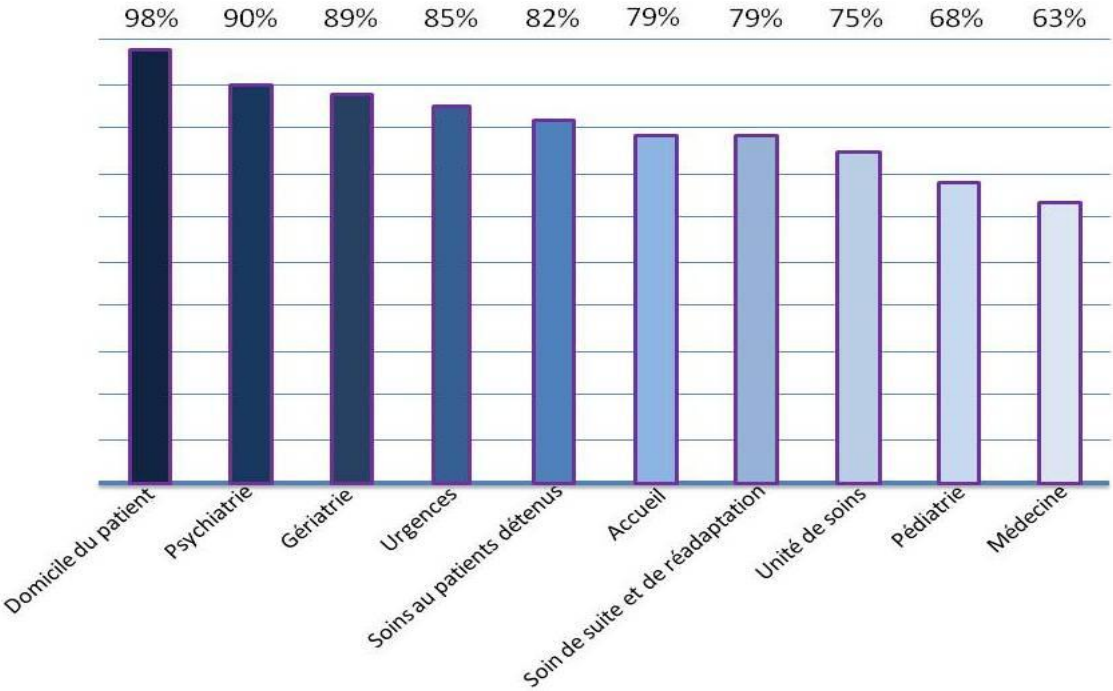
Tableau 4. Répartition des signalements d'atteinte par type de structure

Type de lieu ou de service	Nombre de faits signalés 12 432	Part des déclarations	Atteintes Aux personnes 69 %	Atteintes aux biens 31 %
Psychiatrie	3012	24,22%	21,90%	2,32%
Urgences	1762	14,17%	12,03%	2,14%
Médecine	1168	9,40%	5,96%	3,44%
USLD/EHPAD	1119	9%	7,97%	1,03%
Unité de soins	729	5,86%	4,38%	1,48%
Soins de suite et de réadaptation	704	5,66%	4,46%	1,2%
Chirurgie	568	4,57%	2,34%	2,23%
Extérieur ets. (s-sol, jardin, parking)	467	3,76%	0,76%	3%
Maternité, gynécologie, obstétrique	326	2,62%	1,34%	1,28%
Pédiatrie, néonatalogie	259	2,08%	1,42%	0,66%
Bureaux du personnel/ Vestiaires	190	1,53%	0,15%	1,38%
Accueil, standard	188	1,51%	1,19%	0,32%
Rééducation	138	1,11%	0,76%	0,35%
UHCD/UHTCD	122	0,98%	0,62%	0,36%
Réanimation	120	0,97%	0,62%	0,61%
Radiologie	89	0,72%	0,47%	0,25%
Addictologie/ alcoologie	70	0,56%	0,41%	0,15%
Laboratoire	58	0,47%	0,08%	0,39%
Services techniques, sécurité	51	0,41%	0,17%	0,24%
Domicile du patient	51	0,41%	0,40%	0,01%
Unité sanitaire pour patients détenus (en centre de détention ou en ets. de santé-UCSA/UHSI...)	48	0,39%	0,35%	0,04%
Pharmacie	30	0,24%	0,09%	0,15%
Autres-Non précisé	1163	9,35%		

Au sein des établissements, les différents services ne sont pas touchés de la même manière par les atteintes aux personnes ou aux biens. Certains services en raison de leur patientèle seront plus concernés par des violences faites aux personnes (que ce soit à l'égard du personnel soignant ou entre patients) c'est le cas pour la psychiatrie, les urgences, la gériatrie, la médecine, les unités de soins, les services de soins de suite et de réadaptation, les services de soins aux patients détenus, les soins au domicile du patient. A l'inverse, d'autres lieux seront plus touchés par une délinquance d'appropriation ou des dégradations (bureaux et vestiaires, parking, laboratoire, pharmacie). Enfin, les signalements provenant de services de chirurgie, maternité, gynécologie concernent dans une proportion égale des atteintes aux personnes et des atteintes aux biens. Signalons qu'il est très difficile d'estimer les violences, essentiellement verbales, supportées par les agents d'accueil, notamment au

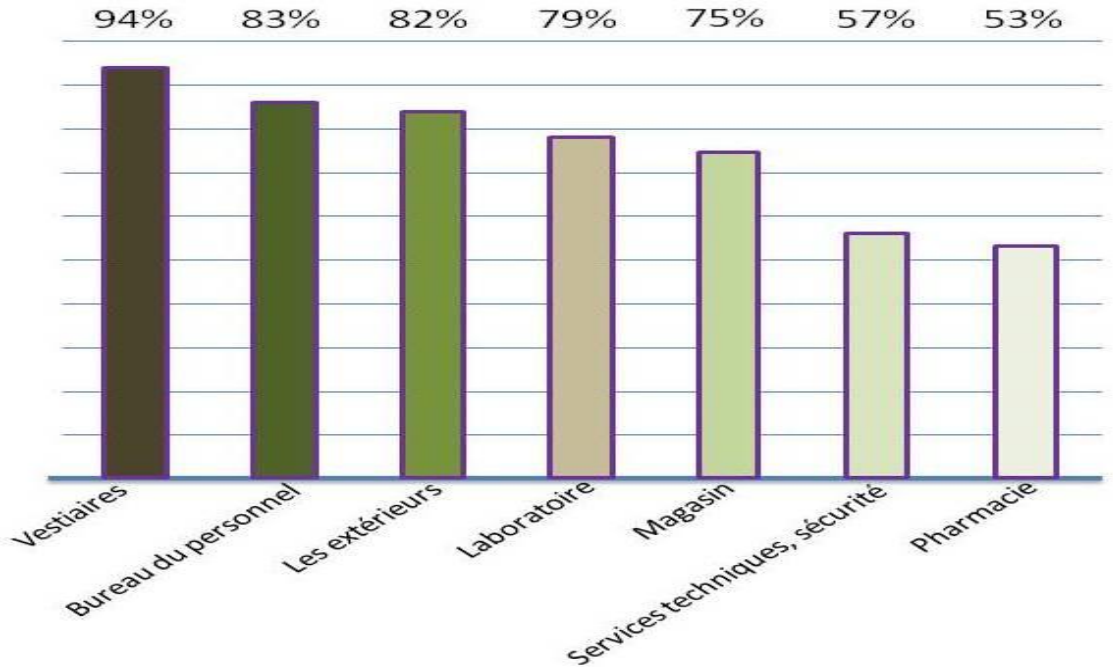
niveau de la caisse/admission en raison d'une sous déclaration très importante dans ce secteur. Toutefois, elles apparaissent fréquentes dans de nombreux établissements.

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



Le domicile du patient dans le champ de l'ambulatoire, les services de psychiatrie et de gériatrie recensent quasi exclusivement des atteintes à la personne (verbales ou physiques), la part des atteintes aux biens s'y révélant beaucoup plus marginale.

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



I.4 Les atteintes aux personnes

En 2013, 9 190 signalements d'atteintes aux personnes ont été recensés par l'ONVS.

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



Pour 63 signalements il s'agit du niveau 4 de gravité (violences avec arme pouvant aller jusqu'au crime), soit 1% des atteintes aux personnes. Dans la moitié des cas

La majorité des atteintes aux personnes sont de niveau 3 (violences physiques) pour 45% (4 243 signalements) ou de niveau 1 (injures, insultes) pour 32% (3 000 signalements). Le niveau 2 (menaces d'atteinte à l'intégrité physique) représente 22% de l'ensemble (1 884 signalements).

Tableau 5. Répartition des signalements d'atteintes aux personnes (sur la base de 9 190 faits)

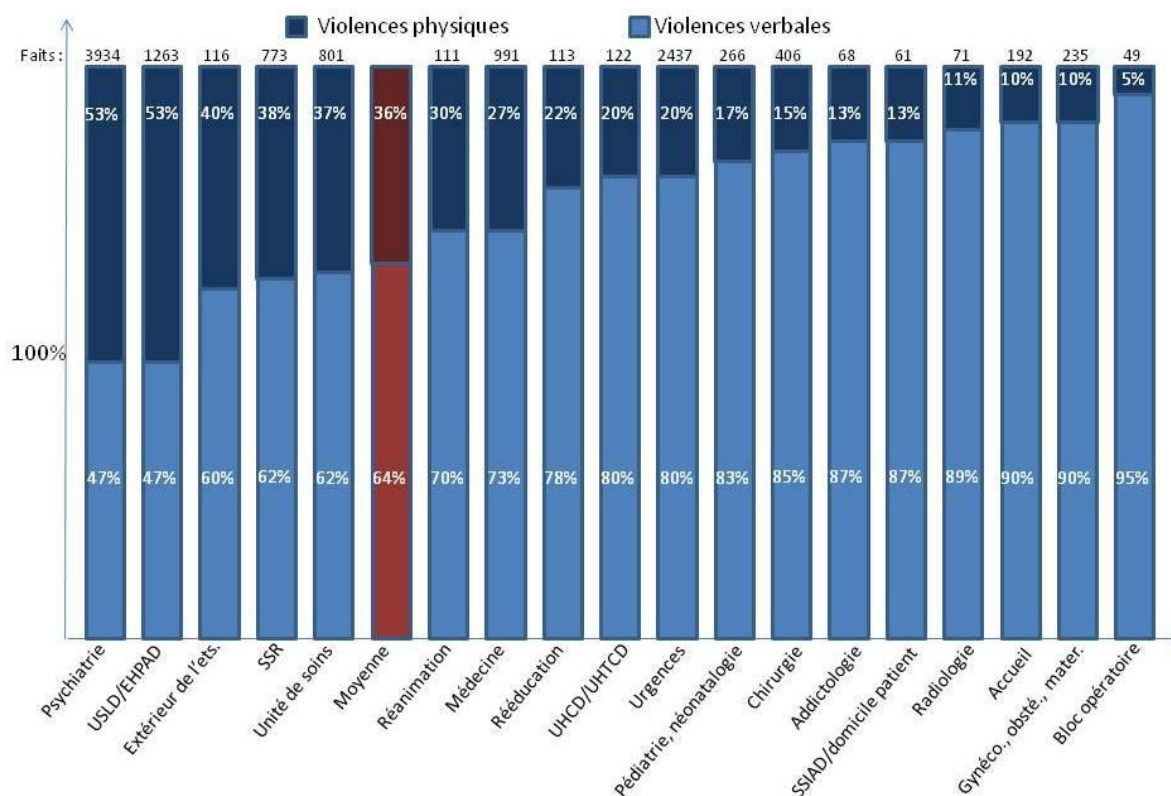
Types d'atteintes aux personnes	Fréquence	Volumes
Injure, insultes, provocations	38%	4 944
Violences volontaires	31%	4 106
Menaces physiques	16%	2 162
Chahuts, occupations de locaux	5%	701
Menaces de mort	4%	542
Violences involontaires	2%	221
Drogue/Alcool	1%	137
Menaces avec arme	1%	134
Agressions sexuelles	1%	70
Violences avec arme (les moins graves sont classées en niveau 3)	1%	67
Exhibitions sexuelles	0,23%	30
Ports d'arme	0,22%	29
Viols	0,07%	9
Autres crimes	0,05%	6
Séquestrations	0,03%	4
Prise d'otage	0,02%	3

Tableau 6. Typologie des signalements d'atteintes aux personnes (un fait déclaré peut comporter plusieurs atteintes qui, ici, sont comptabilisées)

Niveau de gravité	Atteintes aux personnes 2013	% de signalements
Niveau 1		
	injures, insultes et provocations sans menace	37,87%
	Chahut, occupation des locaux, nuisances, salissures	5,73%
	Drogue, alcool	1,04%
	Exhibition sexuelle	0,22%
Niveau 2		
	Violences involontaires	2,50%
	Menace physique	15,89%
	Menace de mort	3,73%
	Ports d'armes	0,21%
Niveau 3		
	Menace avec arme	1,00%
	Violences volontaires	30,72%
	Agression sexuelle	0,52%
Niveau 4		
	Viol	0,06%
	Séquestration	0,03%
	Prise d'otage	0,02%
	Autre fait qualifié de crime	0,06%
	Violence avec arme	0,40%

Les violences volontaires sont très souvent accompagnées d'injures et de menaces ce qui explique la forte proportion des faits de niveau 1 dans ce tableau. Comme indiqué dans le graphique n°8, les atteintes de niveau 3, pour le fait principal, restent majoritaires dans les déclarations.

Graphique 9. Répartition des signalements de violences selon les services



Les atteintes aux personnes déclarées en 2013 se répartissent environ en proportion 1/3 – 2/3 entre les agressions physiques (36 %) et les agressions verbales (64%).

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

Dans d'autres services, les déclarations font état en proportion équivalente de violences verbales et de violences physiques. Liées souvent à la pathologie des patients, elles concernent principalement les unités de gériatrie et de psychiatrie. A l'heure actuelle, plus de 80% des patients de psychiatrie sont suivis en ambulatoire². Parallèlement les établissements accueillent un nombre croissant de personnes hospitalisées sans leur consentement, principalement des malades en crise. Si la majorité de ces malades ne sont pas dangereux, certains présentent un risque accru de violence. Les addictions à l'alcool et la toxicomanie majorent ce risque. Dans ce contexte les établissements de santé mentale sont confrontés à

² «L'hôpital» Rapport IGAS 2012

des violences spécifiques.

Par ailleurs, il faut noter que tous services et activités confondus, l'utilisation d'arme est exceptionnelle.

En 2013, sur les 9 190 faits d'atteintes aux personnes, la présence d'une arme par nature ou par destination a été notée dans 66 signalements, dont 6 armes à feu : l'auteur a fait usage de cette arme dans 45 cas. Il s'agissait d'une arme à feu (3), d'une arme blanche (18), d'une bombe lacrymogène (3) et dans les autres situations, d'un objet utilisé comme arme (cane, chaise, matériel médical, extincteur...). Ces incidents ont donné lieu à 17 dépôts de plainte.

Enfin, concernant les infractions à caractère sexuel, la proportion se révèle assez réduite avec 109 faits³, faits particulièrement graves. Elles concernent souvent des agressions entre patients (dans 8 cas sur 10). 32 plaintes ont été déclarées suite à ces violences.

I.5 Les atteintes aux biens

En 2013, 3 662 signalements d'atteintes aux biens ont été déclarés sur le site de l'ONVS.

Contrairement aux atteintes aux personnes, le niveau 1 (dégradations légères, vols sans effraction) domine largement dans la répartition de la gravité avec 3308 signalements représentant 90% de l'ensemble.

Le niveau 2 (vols avec effraction) avec 215 signalements représente 6% des faits, et le niveau 3 (dégradation de matériel de valeur, incendie, vols à main armée ou en réunion) 4 % avec 141 signalements.

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



Tableau 7. Typologie des signalements d'atteintes aux biens

³ 30 exhibitions sexuelles, 70 agressions sexuelles et 9 viols

Niveau de gravité	Atteintes aux biens 2013	% de signalements
NIVEAU 1		90%
	Dégradations légères	18%
	Dégradations de véhicules (hors véhicules brûlés)	8%
	Vols sans effraction	64%
NIVEAU 2		6%
	Vols avec effraction	6%
NIVEAU 3		4%
	Dégradation ou destruction de matériel de valeur	3%
	Incendie volontaire (locaux, véhicule,...)	1%
	Vol avec arme ou en réunion	2

Les vols sans effraction et les dégradations légères sont les plus constatés (82%).

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

Tableau 8. Répartition des signalements d'atteintes aux biens (sur la base de 3 662 faits)

Type d'atteintes aux biens	Fréquence
Vols sans effraction	64%
Dégradations légères (de locaux pour la plupart)	18%
Dégradations de véhicule (hors VI brûlés)	8%
Vols avec effraction	6%
Dégradation ou destruction de matériel de valeur	3%
Incendie volontaire (locaux, véhicule...)	1%
Vol avec arme ou en réunion	2 faits

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

FOCUS sur les services de psychiatrie⁴

La psychiatrie recense à elle seule près de 30% des atteintes aux personnes. 73% sont des violences physiques au cours desquelles le personnel hospitalier est victime dans plus de 8 cas sur 10. Il s'agit d'un secteur où le personnel est particulièrement exposé aux agressions physiques, aux menaces et aux abus verbaux. Le plus souvent les atteintes sont liées à la pathologie des patients.

⁴ La psychiatrie a des caractéristiques spécifiques par rapport aux autres disciplines médicales : faible place des actes techniques, nombreuses structures extrahospitalières, prises en charge récurrentes et diversifiées. La majeure partie des patients des services de psychiatrie des établissements de santé sont pris en charge en ambulatoire. Les autres prises en charge, dites à temps partiel et à temps complet reposent essentiellement sur les 58000 lits d'hospitalisation à temps plein (18,7 millions de journées en 2011), les 28000 places d'accueil en hôpital de jour ou de nuit (5,1 millions de journées en 2011) et les 1800 centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (2 millions de venues en 2011). *Panorama des établissements de santé Edition 2013 DREES*

« Lors de la mise en chambre d'isolement d'un patient en état d'agitation, j'ai reçu un violent coup de pied au niveau du genou gauche. »

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

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

« Récupération d'un patient hospitalisé sous contrainte dans le bureau d'un psychiatre, passage à l'acte hétéro agressif sur le matériel et les personnes. Frappe violemment d'un coup de poing au sternum un agent. Fugue avant l'arrivée des renforts »

Les dispositifs d'alerte mis en place dans ces structures apparaissent indispensables en raison de la fréquence des violences. A disposition de tous, ils sont toujours utilisés. Ils rassurent les personnels, mais leur rappellent également le passage à l'acte violent, soudain, auquel ils sont confrontés. L'expérience des soignants semble permettre une prise en charge des patients plus apaisée. Il n'est pas rare que deux ans soient nécessaires pour qu'un personnel puisse acquérir l'expérience suffisante d'une pleine autonomie.

« Lors du change de M. X dans sa chambre, il me donne un coup de poing sur le front assez violemment sans raison apparente. moi-même portant des lunettes, elles ont cogné sur mon front. »

En 2013, 3 013 événements ont été déclarés en psychiatrie pour 2 780 atteintes aux personnes et 433 faits d'atteintes aux biens ; 200 faits regroupant cumulativement les deux atteintes (par exemple un coup porté à un personnel suivi d'une dégradation de mobilier).

« Une infirmière voulant s'interposer entre deux patients, s'est fait insulter par un des patients, puis lui a tiré les cheveux, griffé le visage et l'a cogné avec les poings et les pieds. Les collègues et un patient sont intervenus. »

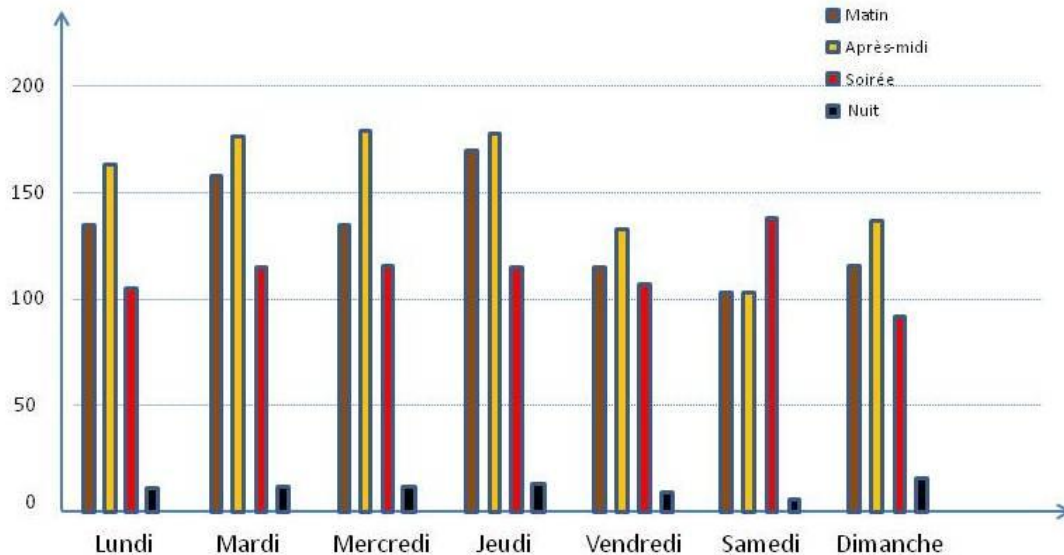
En outre, les soignants déclarent la fin de journée et les repas collectifs comme des moments plus propices aux violences. En effet, l'accumulation de frustrations sur la journée peut conduire certains patients à des passages à l'acte au moment où, parfois, le personnel est en effectif réduit. De même,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

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

« Salle à manger du service : Au moment du repas, la patiente s'est levée pour

quitter la table comme elle le fait sans cesse. La patiente démente, agressive, ayant déjà frappé. M'a giflée lorsque je lui ai demandé de s'asseoir. Gifle violente, douleur et œdème apparus dans l'après-midi. »

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



FOCUS sur les services de gériatrie - EHPAD

Unité de soins de longue durée, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes sont des services qui font remonter un nombre de signalements en progression constante (1 119 en 2013). Ces signalements concernent majoritairement des atteintes aux personnes (89 %) réparties de façon égale entre des violences verbales et des violences physiques. Ces violences le plus souvent dues à la pathologie des patients s'exercent sur les soignants.

Dans 20% des cas, ces violences s'exercent sur les autres patients.

« Comportement hystérique d'une patiente, frappe les soignants à plusieurs reprises, refuse de parler au soignants, insultes. Par la suite a tapé un autre résident du service. »

« Lorsque l'animatrice préparait le chariot pour le repas thérapeutique du midi, le résident a voulu récupérer un beignet. Face au refus de l'animatrice, il lui donne un coup violent dans le dos. Le résident a été isolé en chambre sur prescription médicale. »

« Résident qui essayait d'embrasser un autre résident contre sa volonté : l'agent en poste est intervenu puis violence physique du résident envers l'agent : a frappé au visage, dans les cotes, a tiré sur le bras gauche de l'agent »

FOCUS sur le service des urgences⁵

⁵ En 2011, les 738 structures des urgences ont accueilli 18,5 millions de passages, soit une hausse par rapport à 2010. Sur une plus longue période, le nombre annuel de passages est en hausse significative. *Panorama des établissements de santé Edition 2012 DREES*

Par définition lieu de passage, d'accueil permanent et ouvert à toutes les souffrances, crises, stress et frustrations, il est logique qu'un nombre important de déclarations émanent de ces services.⁶

Les manifestations de violence y sont de nature et gravité différentes ; sous forme d'agressions verbales, elles sont quotidiennes (69% d'injures et de menaces), et les agressions physiques y sont nombreuses (31%)

« Patiente entrée pour lavage d'estomac. La patiente refuse les soins, mord le personnel et tente de fuguer. Patiente qui insulte et menace et a tenté de se pendre. »

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

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

« L'épouse d'un patient mécontente de la prise en charge de son mari a injurié l'équipe soignante, puis a donné des coups à une infirmière qui lui demandait de se déplacer car elle bloquait le passage d'un autre patient hyperalgique. »

« Agression du personnel en poste par un accompagnant avec une lame de rasoir »

« Une patiente s'est longuement énervée envers l'agent administratif et a fini par jeter le pupitre en bois posé sur le bord du comptoir dans sa direction. L'agent a reçu l'objet sur la cuisse droite juste au dessus d'une cicatrice très sensible. »

« L'accompagnant d'un patient a détruit une porte de sas du service puis a violemment agressé les agents de sécurité qui s'interposaient. Les services de police ont du intervenir. Le patient a proféré des injures et des menaces verbales contre le personnel soignant. »

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

« Une patiente alcoolisée a agressé une infirmière en la giflant alors que celle ci tentait de la calmer »

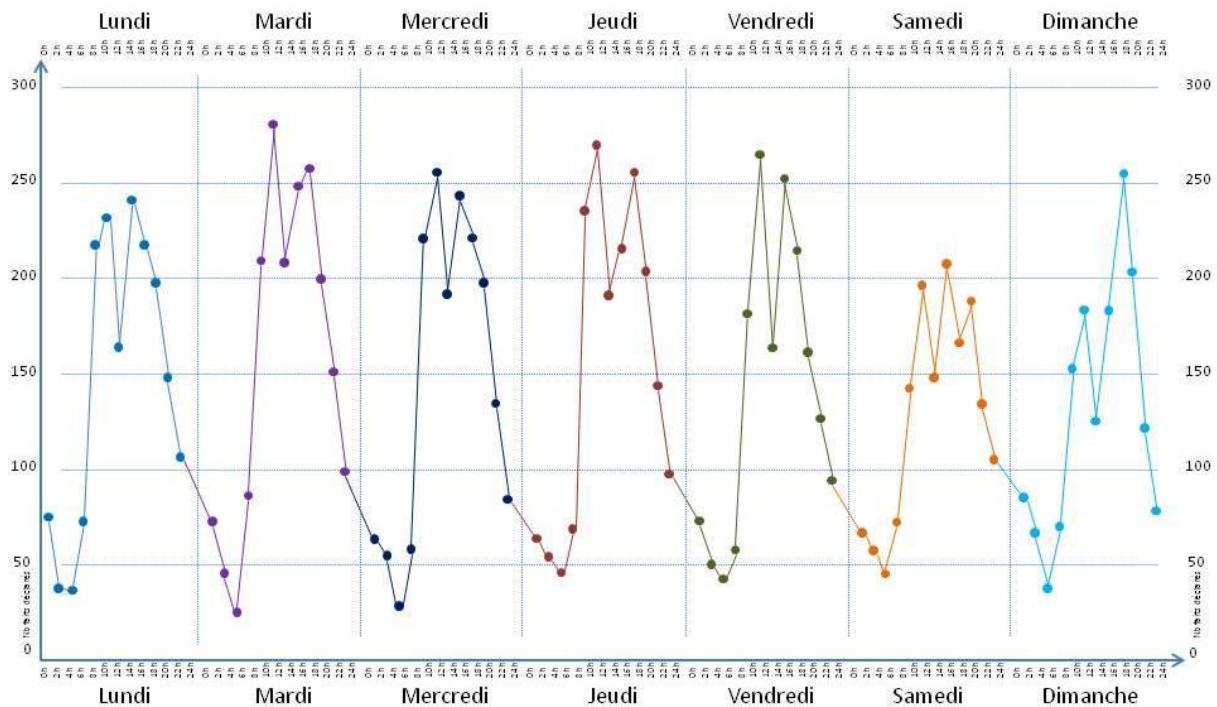
« Patient alcoolisé, sous surveillance, non coopérant. coups de poing au visage, au niveau du menton. Menaces de mort et insultes »

⁶ 1762 signalements en 2013

« Lors d'une contention, un patient toxicomane s'est débattu, dans l'échauffourée un brancardier a été griffé assez profondément. »

« un patient alcoolisé a agressé le personnel hospitalier des urgences : s'est énervé à plusieurs reprises car n'avait pas de cigarette, est devenu agressif, a tiré les cheveux du personnel et en a poussé violemment contre le mur »

Graphique 16. Répartition des violences aux urgences par journée de semaine et avec une évolution sur des périodes de deux heures.



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

Les violences aux urgences sont particulièrement mal vécues par les soignants même si la proportion de violences physiques (20%) est faible par rapport à d’autres secteurs. Aux urgences, les violences sont peu liées à la pathologie du patient. Elles sont souvent importées ou la conséquence de facteurs multiples dont sont la cible les personnels présents.

« Patient qui refuse de donner son identité lors de l'accueil. Après quelques minutes se calme puis nouvelle tentative --> Menaces puis agression pas coup de poing dans le visage »

et jet de lunettes au sol »

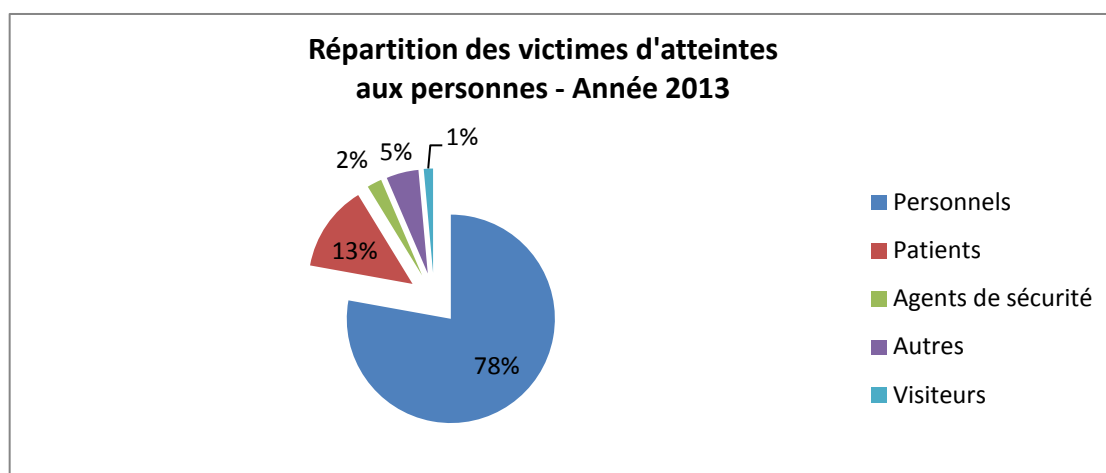
« Le personnel des urgences sollicite les agents de sécurité pour un patient agité. A la vue de ces derniers, le patient sort un couteau et menace les agents de sécurité. Il sera maîtrisé par les fonctionnaires de police présents. »

II. ANALYSE DES VIOLENCES ENVERS LES PERSONNES

II.1 Typologie des victimes

En 2013, 20 778 victimes d'atteintes aux personnes et aux biens ont été recensées par l'ONVS (dont environ 17 500 pour les seuls atteintes aux personnes).

Graphique 11. Répartition des victimes d'atteintes aux personnes

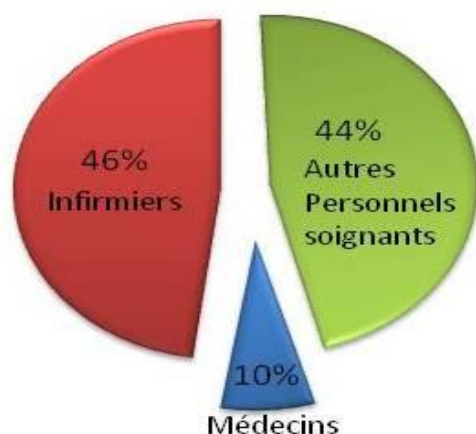


78% des victimes d'atteintes aux personnes sont les personnels des établissements. On constate donc que le personnel est majoritairement impacté puisqu'il est concerné dans près de 8 cas sur 10. Les patients constituent la deuxième catégorie de personne la plus touchée, avec cependant un nombre beaucoup plus faible de victimes (13%). Le personnel de sécurité n'apparaît que pour 2% des cas.

Le personnel de santé représente 94% de la catégorie « personnel victime », réparti entre les médecins (10%), les infirmiers (46%) et les autres personnels soignants (44%). Les catégories professionnelles touchées sont, par ordre décroissant, les infirmiers (5 440 victimes), les autres personnels soignants (5 232 victimes) et les médecins (1 140 victimes).

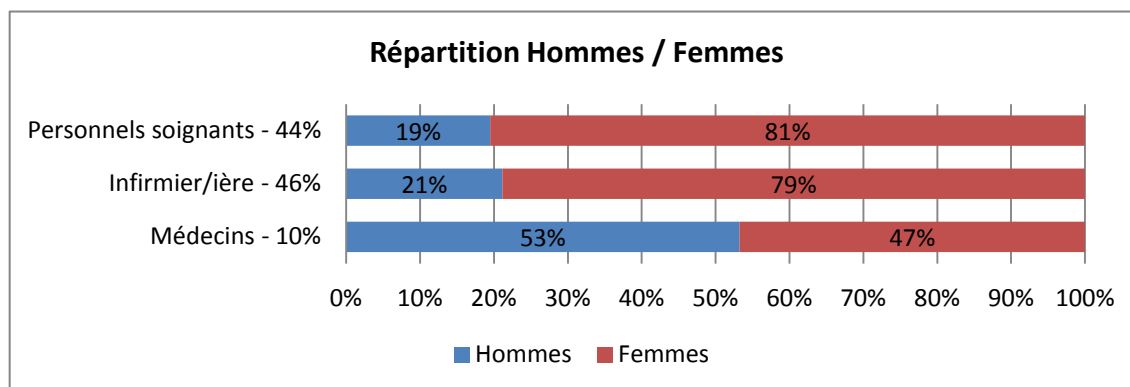
La part du personnel « administratif » qui représente 6% (soit 792 victimes) est constituée majoritairement de personnel affecté à l'accueil.

Graphique 12. Répartition des victimes « personnels de santé »



La présentation en fonction du sexe montre le pourcentage élevé de femmes victimes dans les deux catégories infirmières et autres personnels soignants (il faut bien sûr tenir compte de la forte féminisation de ces professions ; environ 74% des personnels de soins en secteur sanitaire sont des femmes – dont 47% pour les médecins et 86% pour les infirmiers). Pour autant, pour les infirmières et en proportion, elles sont davantage victimes de violences que leurs collègues masculins.

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



Toutes victimes confondues, les atteintes aux personnes ont généré en 2013, 4 648 jours d'arrêt de travail - pour les 237 faits où la mention est précisée - et 2 075 jours d'incapacité totale de travail (ITT)⁷ - pour les 89 faits où la mention est précisée -. Le bilan social des établissements publics de santé 2012 (janvier 2014) mentionne qu'environ 25% des établissements, objets de l'étude, ont déclaré que le contact avec un malade agité était l'une des trois principales causes d'arrêt de travail.

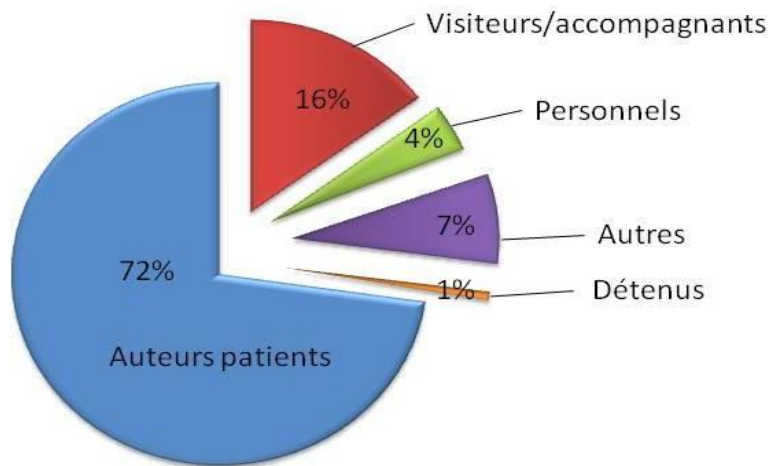
II.2 Typologie des auteurs

En 2013, l'ONVS a comptabilisé 9 852 auteurs de violences aux personnes.

Dans près de 9 cas sur 10, les auteurs des violences étaient des patients (7 075) ou des visiteurs et accompagnants (1 632).

⁷ La notion juridique d'incapacité totale de travail est utilisée pour évaluer un préjudice. Elle correspond à la période pendant laquelle la victime est dans l'incapacité d'effectuer les actes de la vie courante.

Graphique 14. Répartition des auteurs d'atteintes aux personnes

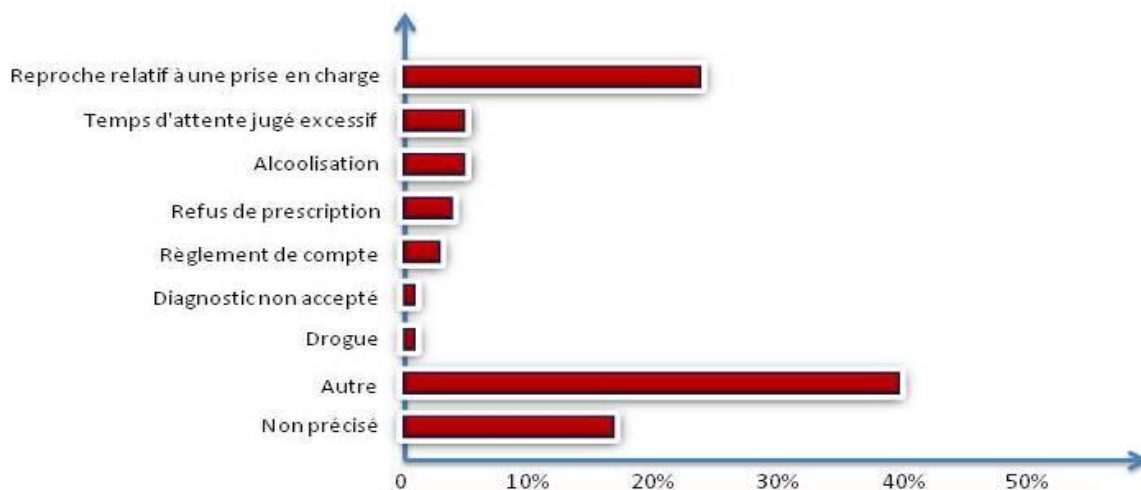


II.3 Les motifs des violences

Dans un quart des cas (soit 2 383 signalements), il est fait état d'un reproche relatif à la prise en charge du patient.

Dans 5% des cas, le motif est le temps d'attente qui est jugé excessif et pour 5%, c'est l'alcoolisation qui est déclarée comme la cause des violences. Dans 4% des cas, le motif est le refus de prescription.

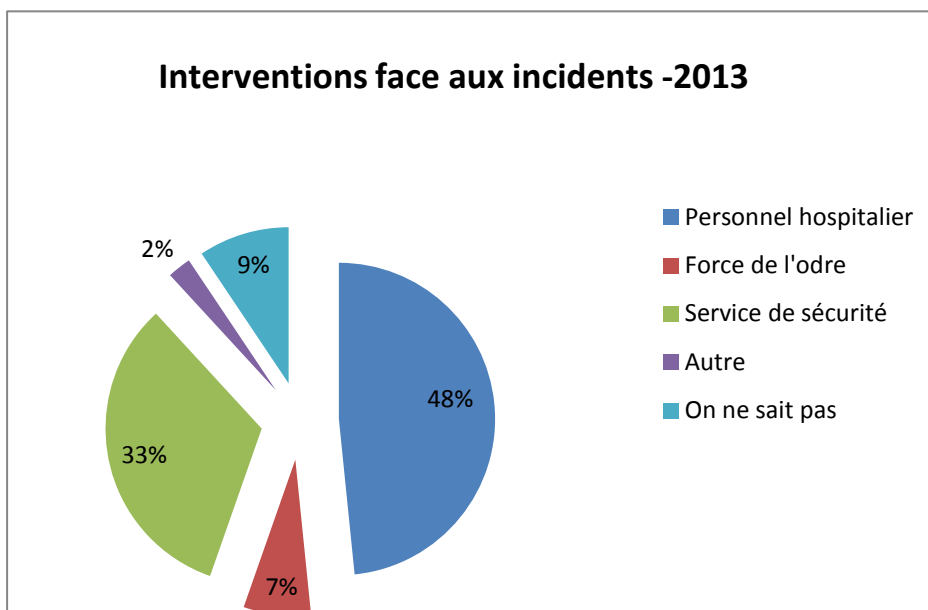
Graphique 15. Répartition des motifs des violences aux personnes



II.4 La gestion des évènements de violence

69 % des évènements de violence signalés en 2013 ont donné lieu à une intervention du personnel ou d'intervenants extérieurs.

Graphique 17. Répartition des interventions

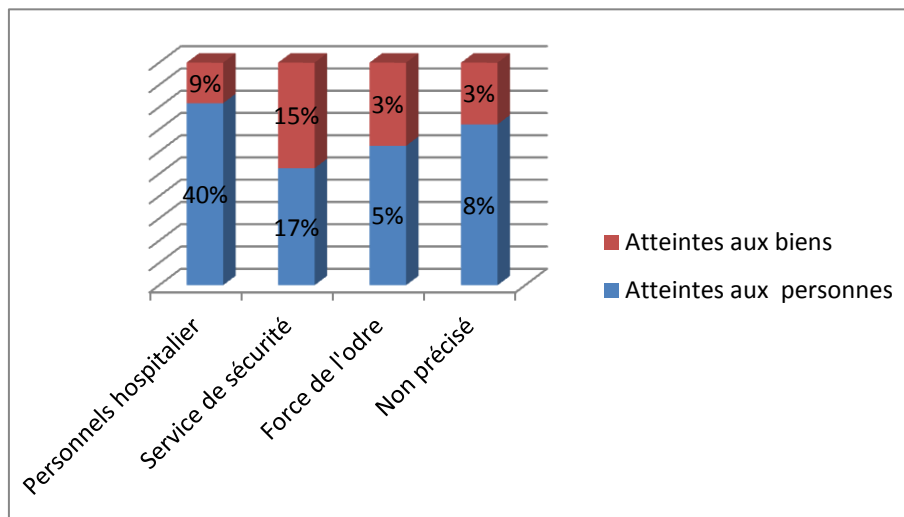


Le personnel hospitalier est en première ligne lors de la survenue d'un incident de violence. 48% des événements sont entièrement gérés par le personnel hospitalier. Dans un tiers des cas, le personnel de sécurité du service doit intervenir, la plupart du temps parce que la présence du personnel hospitalier n'a pas permis de gérer la situation. Il est également constaté que les victimes de violences hésitent moins à faire appel au service de sécurité.

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

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

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



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

II.5 Les suites données

En 2013, les événements de violence signalés par les établissements ont donné lieu à 2 257 dépôts de plainte (contre 1 818 en 2012 soit plus 24%) et à 260 mains-courantes (comme en 2012). 29% de ces démarches concernaient des faits d'atteintes à la personne.⁸

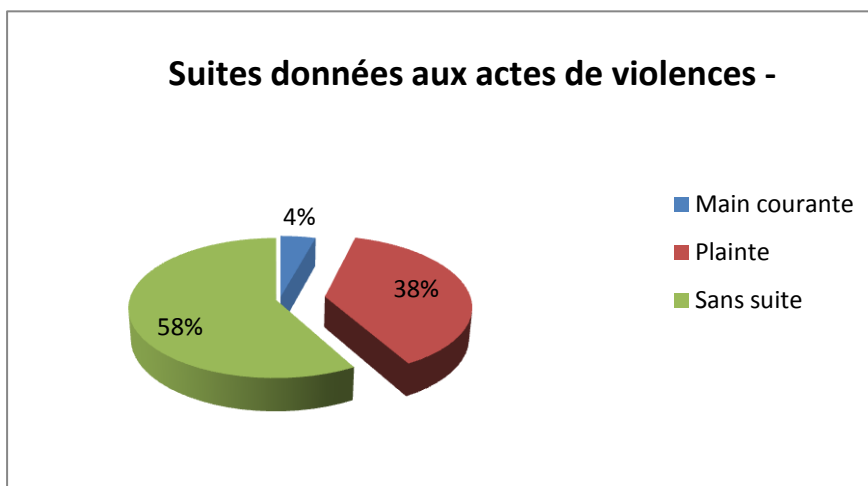
Dans 6 cas sur 10, les victimes n'ont pas engagé de poursuite.

Il faut toutefois relativiser ces données puisque dans 54% des cas les suites données ne sont pas renseignées.

Concernant les déclarations d'atteintes aux personnes, 105 plaintes ont été déposées pour des faits de niveau 1 (injures...), 139 pour des faits de niveau 2 (menaces...), 312 pour des faits de niveau 3 (violences volontaires...) et 20 pour des faits de niveau 4 (violences avec arme...).

Graphique 18. Suites données aux actes de violence

⁸ Correctionnalisation des menaces et des actes d'intimidation commis à l'encontre des personnels de santé par la loi du 18 mars 2003 (article 433-3 du Code pénal). Aggravation des peines par la loi du 5 mars 2007 (articles 222-13 du Code pénal).



Dans 1910 cas (sur les 2 257 plaintes), les suites sont ignorées. Là encore la signature de conventions locales intégrant le ministère de la Justice permettrait certainement d'améliorer la connaissance des suites données.

Pour les 347 plaintes dont les suites sont renseignées, l'ONVS recense 12 condamnations à des peines d'emprisonnement (dont 11 pour des atteintes aux personnes ; des violences de niveau 3 et une de niveau 4), 6 condamnations à des peines d'amende (dont 5 pour des violences de niveau 3) et 6 rappels à la loi (dont 5 pour des menaces). Il apparaît important d'accentuer le développement du partenariat avec les autorités judiciaires afin d'assurer une meilleure prise en charge des victimes et de limiter le sentiment d'impunité des auteurs.

III. LA PREVENTION DE LA VIOLENCE

III.1 Les actions mises en œuvre

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

La mise en œuvre d'une politique en matière d'amélioration des conditions de travail repose sur l'élaboration d'outils de prévention des risques professionnels. A ce titre, le document unique d'évaluation des risques professionnels constitue l'un des axes majeurs des actions devant être entreprises par les chefs d'établissement⁹. Ce document recense l'ensemble des risques professionnels auxquels sont exposés les agents ainsi que les mesures de prévention associées. L'obligation qui résulte de l'article R4121-1 du Code du travail doit s'appuyer sur un processus dynamique d'évaluation prenant en compte les changements organisationnels, humains et techniques affectant le milieu professionnel concerné.

En complément de cette démarche, obligatoire, les établissements sont encouragés¹⁰ à :

⁹ Circulaire DGOS/RH3/2011/491 du 23 décembre 2011 relative au rappel des obligations en matière d'évaluation des risques professionnels dans la fonction publique hospitalière.

¹⁰ La liste ci-après a été établie notamment à partir d'un travail réalisé par l'ARS et l'ARACT IDF.

- signer des conventions locales, déclinaison des accords nationaux, après un travail d'identification des problématiques et afin de profiter pleinement de l'ensemble des mesures prévues (diagnostics, procédures d'alerte...),
- disposer d'un outil unique recensant, au jour le jour, tous les événements liés aux atteintes aux personnes et aux biens, en partenariat avec l'ONVS,
- organiser le suivi, notamment de proximité, des employés victimes,
- développer la solidarité entre les équipes par la prise en compte collective des difficultés,
- décloisonner les services (personnel de sécurité et conseillers en prévention des risques, personnels médicaux et paramédicaux, etc.),
- renforcer la communication vis-à-vis des patients et de leur entourage, mais aussi entre les membres du personnel,
- prioriser les zones ou les services à sécuriser et les actions à mener pour engager des actions concrètes rapidement et montrer au personnel que le problème est pris en charge,
- vérifier la fiabilité et l'appropriation du matériel de sécurité,
- créer une cellule opérationnelle et pluridisciplinaire de suivi, d'analyse et d'action et veiller à sa pérennité, malgré la rotation de l'emploi,
- rédiger des procédures sous format plastifié, individuelles, et vérifier qu'elles sont connues et utilisées et enfin à établir un cahier des charges pour la formation du personnel.

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

Les contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT), intégré au fond d'intervention régional (FIR), permettent de financer à hauteur de plusieurs millions d'euros chaque année des mesures permettant d'améliorer les conditions de travail des agents notamment dans le cadre de la prévention des atteintes aux personnes et aux biens. La fongibilité des crédits permet aux ARS de faire évoluer les financements en fonction des priorités spécifiques de chaque région et de chaque établissement. En cas de restructuration, les fonds peuvent être bien supérieurs.

Depuis mai 2014, le fond interministériel de prévention de la délinquance a été ouvert aux hôpitaux publics pour leur permettre de s'équiper en matière de vidéosurveillance par un addendum à l'annexe 3 de la circulaire NOR / INT/K/14/00243/C du 28 janvier 2014 relative à l'orientation pour l'emploi du FIPD pour 2014 concernant le financement des projets de vidéoprotection. Ces équipements améliorent le sentiment de sécurité des personnels, permettent d'agir préventivement et de fournir des preuves aux

enquêteurs chargés d'un dossier de plainte notamment. Chaque année, les demandes d'équipement en matière de vidéoprotection sont des extensions de dispositifs existants à hauteur de 40 à 60%, les dispositifs donnant satisfaction.

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

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

L'expérimentation a débuté début 2013 et un comité de suivi doit évaluer l'impact des mesures mises en œuvre.

Projet du CH de Montluçon (03)

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

Il faut noter par ailleurs que cette thématique de la prévention et de l'accompagnement des personnels face aux actes de violence est également prise en compte par l'établissement dans le cadre du contrat local d'amélioration des conditions de travail 2011-2013 (CLACT).

Projet du CH de Niort (79)

Le plan de prévention des risques psychosociaux présenté par l'établissement propose huit actions. Parmi celles-ci, l'action 3 concerne plus spécifiquement la formation du personnel visant à développer les compétences des agents en matière de communication non violente et de gestion de l'agressivité.

Projet du CHU- Hôpitaux de Rouen (76)

La prise en compte des risques psychosociaux est effective depuis plusieurs années,

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

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

notamment au travers des actions prévues dans le plan pluriannuel de prévention des risques professionnels avec des actions de prévention du risque psychique et de l'épuisement professionnel ainsi que des actions de prévention de l'insécurité et de la violence.

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

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

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

III.2 Diffusion des bonnes pratiques

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

Le protocole-cadre de l'APHP :

Dans le cadre de la déclinaison des accords nationaux de 2005 et 2010, le directeur général de l'AP-HP, le préfet de police et le procureur de la République de Paris ont signé le 24 février dernier, un protocole d'accord permettant de renforcer la coopération entre les hôpitaux de l'APHP et les services de l'Etat en matière de prévention de la violence et de traitement de la délinquance.

Ce protocole-cadre est destiné à être décliné par les groupes hospitaliers avec des accords conclus entre les sites hospitaliers de l'AP-HP et les commissariats locaux.

Les rôles des trois partenaires sont clairement définis pour répondre aux principales problématiques rencontrées dans le cadre des violences rencontrées à l'hôpital (agressions physiques, maltraitance, auditions de patients ou de personnels, réquisitions, ivresse, armes, stupéfiants, etc.

Le protocole mentionne des correspondants privilégiés dans chacune des trois institutions, pour faciliter les échanges entre partenaires. Des référents centraux sont désignés. Ils centralisent les informations afin de s'assurer du respect du protocole et se réunissent une fois par an pour suivre et évaluer le dispositif mis en place. A cette occasion, ils évaluent la pertinence des solutions apportées. Les référents territoriaux (désignés pour chacun des 18 sites hospitaliers de l'AP-HP implantés sur Paris) se réunissent une fois par semestre pour échanger sur les problématiques locales. Parmi ces problématiques figurent la mise en œuvre et le suivi de diagnostics de sécurité partagés pour les sites de l'AP-HP : dans chaque commissariat, un référent-hôpital et un référent sécurité se rendent sur site afin d'établir la liste des vulnérabilités potentielles et de construire ensemble des recommandations pour améliorer la sécurité du site. Enfin, le Parquet de Paris s'engage également à informer tous les mois les établissements de l'APHP des suites judiciaires réservées aux plaintes déposées par les personnels de santé. L'ensemble de ce dispositif a vocation à être étendu aux trois départements de la petite couronne dans le cadre de la police d'agglomération.

Le protocole de l'APHM :

En février dernier, Le Directeur général de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, le Directeur départemental de la sécurité publique des Bouches-du-Rhône, le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé, le Sénateur Maire de Marseille, le Procureur de la République près le T.G.I. de Marseille et le Préfet de police des Bouches-du-Rhône ont signé un protocole qui entérine un plan destiné à renforcer la sécurité des hôpitaux publics. Il fait suite au plan de prévention intitulé « 30 mesures pour garantir la sécurité des personnels de l'AP-HM ». Par rapport aux accords nationaux, cette convention étend la collaboration aux services de Sécurité et de Prévention de la Délinquance de la Ville de Marseille. Elle s'inscrit dans la mise en œuvre d'une politique régionale de l'organisation de l'offre de soins conduite par l'Agence Régionale de Santé PACA.

Cette convention a permis de maintenir et développer les principaux axes de coopération notamment en matière d'intervention des services de Police sur les emprises dépendantes des sites hospitaliers, d'améliorer la sécurité des sites de l'AP-HM dans les services en général et les urgences en particulier, mais aussi à leurs abords immédiats, de renforcer la coopération entre l'AP-HM, les services de l'Etat et les services municipaux compétents en matière de prévention de la violence et de traitement de la délinquance et de définir, grâce la rédaction de fiches d'aide à la décision, les cadres d'intervention réciproques AP-HM, Police, Justice au sein des différents sites hospitaliers.

Concrètement, il a été acté le renforcement des dispositifs de sécurité des hôpitaux à partir d'audits de sécurité réalisés par la Direction Départementale de la Sécurité Publique (DDSP), le renforcement de la formation des référents sécurité des hôpitaux en partenariat avec la DDSP, la complémentarité du dispositif municipal de vidéoprotection développé aux abords des hôpitaux et des dispositifs de vidéoprotection internes qui seront renforcés, l'organisation de patrouilles régulières de la police nationale et de la police municipale dans l'enceinte des hôpitaux. Face aux situations de violences, la réactivité va être améliorée avec l'intervention de la police adaptée à l'urgence et à la gravité des situations grâce à des

niveaux d'alerte, avec la facilitation des dépôts de plaintes des personnels de santé victimes de violences dans l'exercice de leurs fonctions et avec l'information effective des victimes sur les suites judiciaires de leurs plaintes. Enfin, il a été prévu une évaluation régulière des mesures mises en œuvre avec l'intervention pour chacun des acteurs, de référents qui interviennent à deux niveaux : coordination et opérationnalité, avec l'adaptation du dispositif à partir d'un diagnostic mensuel de la délinquance dans les hôpitaux de l'AP-HM et avec la réunion périodique du comité de suivi du protocole pour faire le bilan de sa mise en œuvre et réaliser des ajustements éventuels.

S'agissant du plan de 30 mesures, il a été adopté en septembre 2013 suite à une recrudescence des actes de violence et a été accompagné de financements externes. Il a été mis en œuvre afin de garantir la sécurité des personnels travaillant à l'hôpital, que ce soit dans les services d'urgence, dans les autres services de soins ou encore dans les services techniques ou administratifs. Ce plan respecte les principes fondamentaux de l'accueil à l'hôpital et notamment la confidentialité, l'égalité et la protection des malades. Le plan se compose de plusieurs types de mesures qui agissent en complémentarité. Certaines sont organisationnelles, d'autres immédiatement concrètes, d'autres encore nécessitent des modifications architecturales. Plusieurs de ces axes d'amélioration impliquent un accompagnement budgétaire, particulièrement en matière de travaux adaptatifs. Ce plan est mis en œuvre sous la coordination d'une nouvelle Direction chargée de la sécurité, avec la participation des personnels concernés, professionnels de terrain qui ont la connaissance du sujet et l'expérience du quotidien. Il nécessite également un renforcement des collaborations avec des partenaires externes dont le protocole d'accord Police Justice Hôpital est l'illustration.

L'organisation des urgences de l'hôpital Bichat :

L'hôpital Bichat rattaché à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris a pris des mesures dès 2006, afin d'organiser et d'améliorer le parcours des patients aux urgences et d'obtenir, ainsi, sa fluidité. Avec l'adhésion des personnels, c'est une réorganisation globale des urgences qui a été réalisée, optimisée par la rénovation des locaux en 2009. Le délai maximal de consultation par un médecin pour les urgences les moins graves est de 1h30 à 2h. L'ajout de plusieurs zones d'attente après un premier examen et le maintien dans chaque zone d'un box libre permet au chef de service d'exiger qu'aucun patient ne soit jamais en attente sur un brancard dans un couloir. Le dispositif informatique très clair de gestion des urgences permet d'aider le personnel dans sa tâche par un simple coup d'œil, notamment en assurant la géolocalisation en temps réel des patients. Cette gestion nécessite, en outre, une coordination entretenue avec la médecine de suite qui doit pouvoir accueillir les patients venant des urgences. La hiérarchie des urgences est très présente dans le suivi des mesures prises.

En 2012, les urgences de l'hôpital Bichat ont pu traiter 76356 patients, soit 209 patients par jour.

Il a été mis en place un Médecin d'Accueil d'Encadrement et de Coordination (MAEC) qui, avec le cadre de soins, est responsable du fonctionnement et de l'atteinte des objectifs-qualité. Il coordonne les soins au sein des urgences. Il s'assure que les transmissions de consignes sont réalisées entre les équipes de soins médicales et paramédicales lors de leurs relèves. Quatre transmissions médico-paramédicales sont organisées (8h30 - 14 h - 18 h

- 23h30) afin de discuter de la prise en charge et de l'orientation des patients. La présence de tout le personnel des urgences est obligatoire lors de ces transmissions.

S'agissant du parcours du patient aux urgences, leur arrivée s'effectue par deux zones d'accès. La zone « Arrivée patient non valide » rassemble les flux pompiers, ambulances, SMUR. La zone « Arrivée patient valide » rassemble les flux de patients arrivants par leurs propres moyens. L'accueil et l'enregistrement des patients sont réalisés par des agents administratifs ou aides-soignants sur un logiciel spécifique. Il est consigné dans le dossier patient notamment le nom du médecin traitant, l'identité de la personne de confiance, la présence et les coordonnées d'un accompagnant, etc.

Les patients valides ou arrivés par leurs propres moyens sont en attente à l'accueil principal jusqu'à prise en charge par l'infirmière d'accueil et orientation (IAO) ou par le médecin coordonnateur. Les patients couchés ou arrivés par sapeurs-pompiers ou ambulance sont enregistrés avec la fiche de transport. Un accès prioritaire direct en secteur dédié est réservé en cas de transport SMUR. Le délai d'attente entre l'enregistrement et la prise en charge IAO ne doit pas excéder 10 minutes. En cas d'afflux massif, les effectifs d'IAO sont adaptés en temps réel par redéploiement, à partir des zones de soins.

L'IAO prend en charge le patient dans un box dédié, détermine le degré de gravité, puis le conduit dans le secteur approprié. Selon le secteur, le patient est pris en charge par une équipe médicale et paramédicale, sous la responsabilité d'un médecin senior.

Il a été déterminé cinq niveaux de priorité qui sont affichés en salle d'attente :

- 5 : prise en charge médicale en moins de 120 min pour les simples consultations.
- 4 : prise en charge médicale en moins de 60 min pour les consultations nécessitant un acte de diagnostic ou thérapeutique.
- 3 : prise en charge médicale en moins de 45 min pour les patients ayant une défaillance viscérale ou un pronostic fonctionnel possible ou latent.
- 2 : prise en charge médicale en moins de 20 min pour les patients ayant une défaillance viscérale ou un pronostic fonctionnel possible ou latent ne justifiant pas une technique de réanimation immédiate. Le niveau 2 correspond à une prise en charge infirmière immédiate.
- 1 : prise en charge médicale immédiate avec pronostic vital engagé justifiant une technique de réanimation immédiate.

L'organisation conduit les urgences à n'accepter en aucun cas et sous aucun prétexte, qu'un patient soit installé assis ou couché sur un brancard dans un couloir, ne serait-ce que pour quelques secondes. Les flux sont gérés avec les différentes salles d'attente et par la présence d'un box toujours libre dans chaque secteur.

En outre, l'information des patients et des accompagnants est organisée à chaque étape du processus de soins du patient. Ainsi, dès l'accueil, une plaquette d'accueil des urgences est remise aux patients valides et aux accompagnants. L'information délivrée par les soignants, aux accompagnants / personne de confiance, porte sur les délais d'attente, le déroulement des soins, l'orientation présumée et les filières de soins. En outre, un salon d'accueil des familles est disponible pour donner les informations dans de bonnes conditions.

Plus particulièrement, sur la sécurité, le cadre de soins et le médecin coordonnateur sont les garants de la sécurité des locaux. A ce titre, ils sont tenus informés en cas de situation de tension, de réceptions de matériel et de produits qui doivent être rangés le plus rapidement possible ; ils s'assurent qu'aucune personne extérieure ne circule seule dans les secteurs de soins. Les accompagnants sont orientés vers la salle d'attente générale, en dehors de cas particuliers étudiés au cas par cas, en limitant à un accompagnant par patient. Le personnel d'accueil a la responsabilité de la gestion de la salle d'attente et des accès ; deux agents de sécurité sont présents à l'entrée des locaux et des procédures d'alerte ont été définies. Enfin, en cas de présence d'un patient en état d'ivresse ou agité, il est prévu l'intervention précoce du médecin senior, pour une évaluation clinique, et si nécessaire, une prise en charge thérapeutique.

IV. LES MODALITES D'ACCOMPAGNEMENT

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

IV.1 Le partenariat

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

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

Au fil des ans, la déclinaison locale de ce protocole s'est progressivement étendue à tout le territoire, on peut ainsi recenser environ 450 conventions signées dans les départements mais essentiellement fondés sur les accords de 2005, occultant ainsi les avancées de 2010. L'instruction DGOS du 24 octobre 2013 relative à la prévention des faits de violence dans le milieu de la santé a rappelé aux établissements de santé, par l'intermédiaire des ARS, les recommandations relatives à la remontée des faits de violence à l'ONVS, les principales mesures développées dans les protocoles et la signature de conventions locales, déclinaison des accords nationaux. Cette instruction a permis de relancer la dynamique des conventions ; actuellement, de nombreux accords sont en voie de conclusion. Les établissements sont de plus en plus nombreux à développer un partenariat élargi en intégrant par exemple des administrations territoriales. Au titre de la diffusion des

bonnes pratiques, une convention figure en annexe. Il s'agit d'un exemple concret d'une déclinaison des accords nationaux. D'autres protocoles associent des acteurs supplémentaires ou d'autres problématiques ; il est important que les conventions soient adaptées aux problématiques locales rencontrées.

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

Les protocoles des 20 avril 2011 signés par l'ensemble des professionnels constitués en ordres nationaux (7) et par les organisations syndicales des professionnels de santé (21) ont répondu à cette attente. Ils s'inscrivent dans le cadre de la mise en œuvre d'une politique de l'organisation de l'offre de soins sur le territoire national conduite dans les régions par les ARS, tout en engageant les présidents des conseils nationaux des ordres et les représentants syndicaux des professionnels de santé concernés.

Les professionnels de santé peuvent ainsi solliciter des conseils de sûreté portant sur la sécurisation de leurs lieux de travail ou de leurs déplacements. Des procédures d'alerte spécifiques, adaptées aux circonstances locales, ont été créées pour assurer la sécurité des professionnels de santé intervenant de nuit ou dans des quartiers sensibles (numéros d'appel dédiés vers la police-secours, développement de systèmes d'alerte communautaire, géolocalisation des médecins en intervention) par l'intermédiaire des représentations territoriales des ordres. A ce jour, 68 départements ont un protocole national décliné ou un équivalent. La déclinaison territoriale s'inscrit avant tout dans une démarche prospective visant à définir des mesures de prévention en fonction de la situation de chaque département pour mieux répondre aux problématiques particulières vécues. Une évaluation annuelle des mesures mises en place, corroborée au sentiment d'insécurité pouvant perdurer dans certaines zones, et à l'implantation démographique des professionnels de santé, devra permettre d'adapter les mesures correctrices nécessaires à un exercice serein et de qualité, tant pour les professionnels que pour les patients.

IV.2 Les visites techniques et les interventions thématiques

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

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

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

En mars 2012, la DGOS, par le biais de l'ONVS, la fédération hospitalière de France (FHF) et la mutuelle d'assurance du corps de santé français (MACSF) se sont associés pour mettre à disposition des professionnels hospitaliers une série de fiches réflexes sur la conduite à tenir en cas de violence dans les établissements de santé et médico-sociaux.

Quatre fiches sont proposées : 2 à destination de l'encadrement hospitalier, une à destination de l'agent hospitalier victime, une à destination du patient victime.

Chaque fiche comporte la définition de la violence subie, les modalités de prise en charge de la victime, les procédures à mettre en œuvre, les suites et le suivi de la démarche, ainsi qu'un bref rappel du cadre juridique.¹³

V. CONCLUSION

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

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

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

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

VI. ANNEXES

Observatoire pour la sécurité des médecins : synthèse des évènements de 2013 :

¹³ Les fiches réflexes sont téléchargeables depuis les sites de l'ONVS, de la FHF et de la MACSF.

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

Les objectifs de cet observatoire sont de :

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

Les médecins ont déclaré 925 cas d'incidents au Conseil national de l'ordre des médecins entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2013. Il s'agit du plus grand nombre de faits signalés depuis la création de l'observatoire pour la sécurité des médecins depuis sa création en 2003.

Les généralistes restent les plus touchés puisqu'ils représentent 58% des médecins agressés, ce qui est plus élevé que leur proportion dans la population médicale (54%). Les ophtalmologistes sont une nouvelle fois en tête des spécialités les plus touchées ; viennent ensuite les psychiatres, les gynécologues et les pédiatres.

Les principaux facteurs déclenchant les incivilités et les violences à l'égard des médecins restent identiques aux années précédentes : reproche quant à une prise en charge, délais de rendez-vous lointains, temps d'attente jugé excessif, refus de prescription. A noter que les incivilités (agressions verbales et menaces) en rapport avec l'acte médical sont en progression significative, passant de 66% en 2012 à 69% en 2013.

L'analyse territoriale des données fait apparaître une liste de départements les plus touchés comparable à celle des années précédentes : le Nord, la Seine-Saint-Denis et Paris enregistrent le nombre de déclarations le plus élevé. Globalement, ce sont les médecins en milieu urbain qui sont les plus exposés aux risques de violence.

Cependant, malgré les appels du CNOM, le taux de plaintes déposées en réponse aux violences dont les médecins sont victimes reste très faible. Sur l'ensemble des incidents recensés en 2013, moins d'un tiers (-7 points depuis 2010) a été suivi d'un dépôt de plainte et 14% d'une main courante. Ce point fait l'objet d'une attention particulière de l'institution.

La signature du protocole national de sécurité en avril 2011 entre le CNOM et les ministères de l'Intérieur, de la Justice et de la Santé a été déclinée dans 71 départements. Des mesures concrètes pour assurer la sécurité des médecins ont été déployées dans 48 d'entre eux :

- Mise en place d'un numéro d'accès direct à la cellule de sécurité départementale uniquement destinée aux médecins,

- Désignation d'un référent ordinal sécurité et d'un référent sécurité dédiés, au sein des services de police et de gendarmerie.

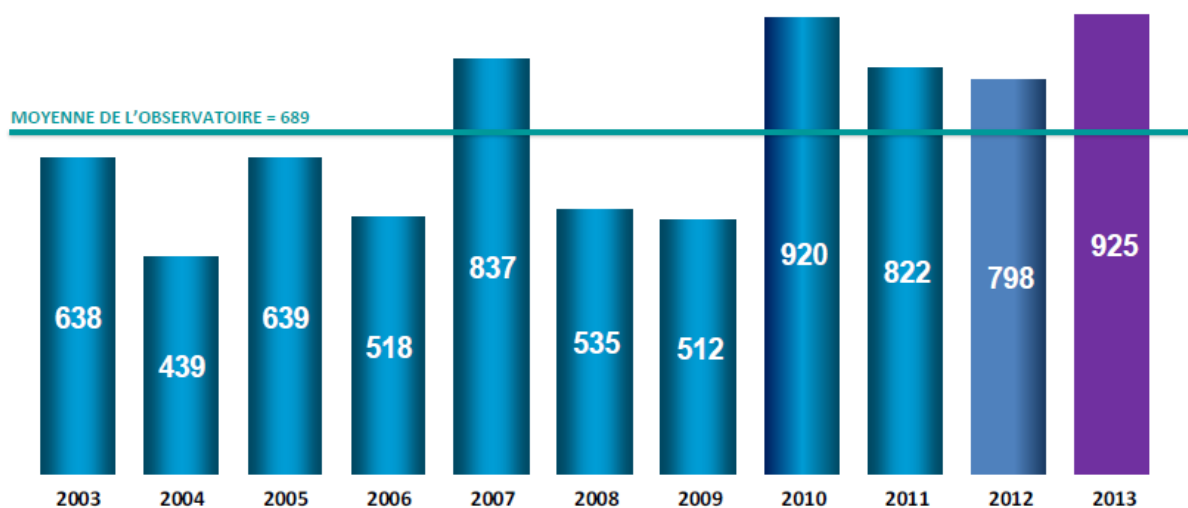
Le CNOM a par ailleurs mis en place de nombreux dispositifs de prévention des violences faites aux médecins dont :

- La conception et la mise à disposition des différents acteurs de plusieurs supports pédagogiques vidéo destinés à la coanimation de réunions dédiées à la prévention et à l'anticipation des situations génératrices d'agressions (en partenariat avec le ministère de l'Intérieur). Environ 100 formateurs vont agir dans les départements pour sensibiliser les médecins aux bonnes pratiques pour faire face aux situations sensibles et les aider à les désamorcer.
- L'envoi à tous les référents sécurité des conseils départementaux d'un pack pédagogique sécurité regroupant sur un seul support numérique tous les outils pédagogiques déployés depuis 2011.
- La mise à la disposition des médecins d'une affiche destinée aux salles d'attente. Ces affiches reprennent les principales sources de difficultés dans la relation entre le professionnel et le patient telles qu'elles ressortent des résultats de l'Observatoire.
- Enfin, le CNOM apporte son soutien aux dispositifs de géo sécurisation des médecins mis en place dans les départements du Val-de-Marne, de la Seine-Saint-Denis et des Bouches-du-Rhône.

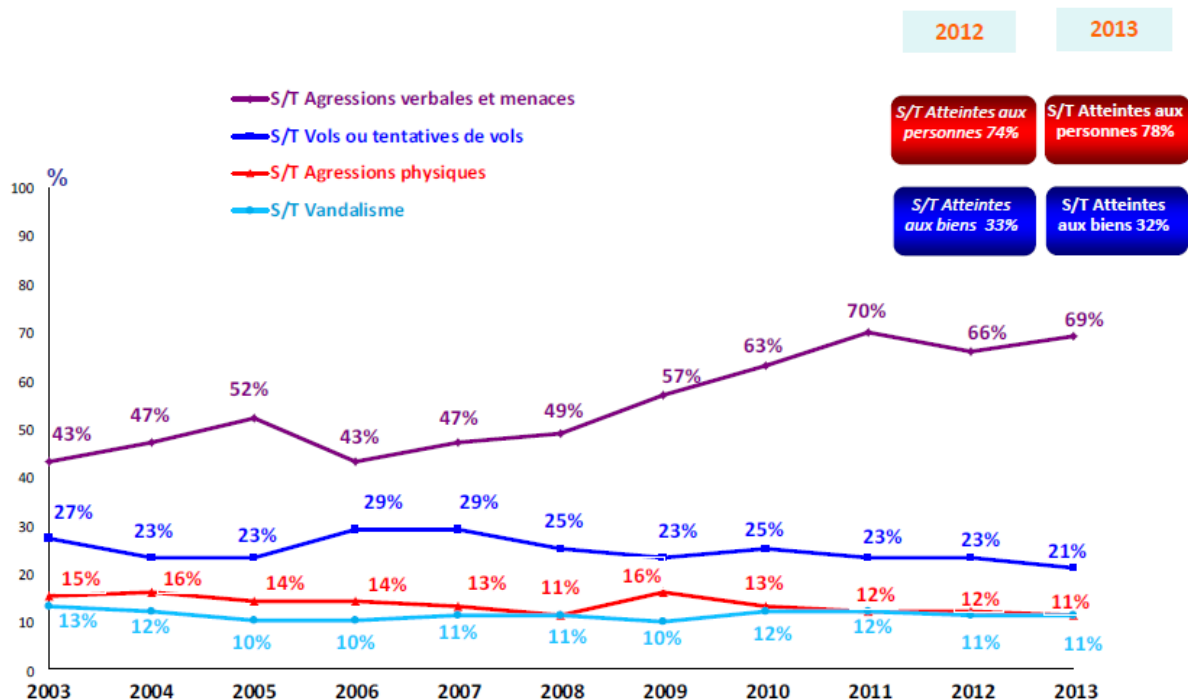


Nombre de déclarations par an

En effectif



Type d'incident subi (en %)



POUR UNE RELATION PATIENT - MÉDECIN EN TOUTE CONFIANCE



ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS
Conseil National de l'Ordre

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

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

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

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

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

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

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

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

Un dossier médical est un document strictement personnel.

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

www.conseil-national.medecin.fr

Protocole Santé-Sécurité du 12 août 2005

Fax reçu de : 33 1 48 07 64 99

14-09-05 16:31 Pg: 4



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

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SOLIDARITÉS

12. AOÛT 2005

PROTOCOLE D'ACCORD

Entre

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

Le ministre de la Santé et des Solidarités

Est convenu ce qui suit :

Article 1

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

Article 2

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

Article 3

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

Article 4

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

Article 5

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

Article 6

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

Article 7

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

Article 8

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

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

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

Article 9

En cas de commission d'infraction ou de problème de sécurité constaté dans l'enceinte du centre hospitalier, le service de police ou de gendarmerie sera informé dans les meilleurs délais, selon les moyens et les modalités arrêtés préalablement.
Des patrouilles périodiques ou aléatoires pourront être conduites aux abords de l'hôpital et des prises de contact convenues avec le personnel.

Article 10

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

Article 11

Les plaintes seront enregistrées dans les meilleurs délais ; les victimes, si la situation le justifie, se verront proposer leur domiciliation à l'hôpital, voire au service de police ou à la brigade de gendarmerie.
Les personnels hospitaliers apporteront toutes les indications utiles au bon déroulement de l'enquête.

Article 12

Dans le but de réduire au maximum les risques de violence potentielle découlant des missions d'escorte (gardés à vue, détenus et retenus conduits aux soins, individus en état d'ivresse pour délivrance du certificat de non hospitalisation), un accès distinct de l'itinéraire réservé au public sera privilégié.
De même, un local spécifique, à l'abri des regards du public où l'individu retenu et en attente de soins, sera aménagé. Si le risque de violence est avéré, le service d'urgence pourra être avisé téléphoniquement du déplacement de l'escorte et l'individu sera traité par le personnel soignant dans les meilleurs délais.

Article 13

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

Article 14

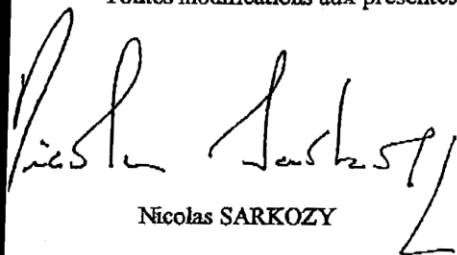
Chaque partie prend directement à sa charge, pour ce qui la concerne, les dépenses occasionnées par la mise en œuvre du présent protocole.

Article 15

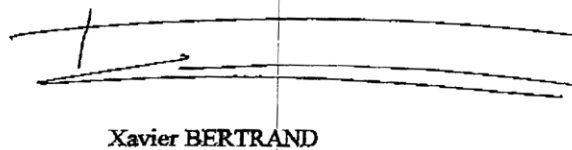
Le présent protocole d'accord est conclu pour une période de deux années.

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

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



Nicolas SARKOZY



Xavier BERTRAND

Protocole Santé-Sécurité-Justice du 10 juin 2010



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SPORTS

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

MINISTÈRE DE LA JUSTICE
ET DES LIBERTÉS

PROTOCOLE D'ACCORD

Entre

La ministre de la santé
et des sports

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

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

Est convenu ce qui suit :

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

Est convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

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

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

Article 2

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

Article 3

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

Article 4

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

Article 5

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

Article 6

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

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

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

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

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

Article 7

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

Article 8

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

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

Article 9

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

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

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

Article 10

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

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

Article 11

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

Article 12

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

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


Article 13

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

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


Fait à Paris, le 10 JUIN 2010

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



Brice HORTEFEUX

La ministre de la santé et des sports



Roselyne BACHELOT-NARQUIN

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



Michèle-ALLIOT-MARIE

Protocoles des professions libérales du 20 avril 2011



MINISTÈRE DE LA JUSTICE
ET DES LIBERTÉS

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

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

Protocole d'accord entre

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

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

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

Les présidents des conseils nationaux
des ordres des professionnels de santé

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

Est convenu ce qui suit :

Article 1

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

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

Article 2

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

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

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

Article 3

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

Article 4

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

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

Article 5

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

Article 6

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

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

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

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

Article 7

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

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

Article 8


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

Article 9

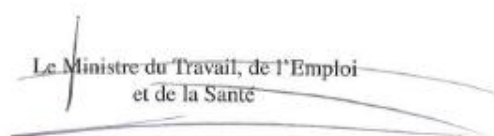
A l'initiative du ministère de l'Intérieur, les services compétents des trois ministères signataires ainsi que les ordres des professions de santé concernées procéderont à une rencontre annuelle qui sera l'occasion d'examiner les bilans de mise en œuvre du protocole aux fins d'évaluer les réalisations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

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


Fait à Paris, le 20 AVR 2011


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


Michel MERCIER


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

Xavier BERTRAND


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

Claude GUEANT


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

Michel LEGMANN

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

Christian COUZINOU

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

Marie-Josée KELLER



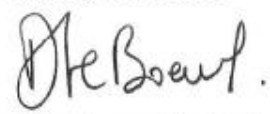
La présidente du conseil national
de l'ordre des pharmaciens,

Isabelle ADENOT



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

Dominique LE BŒUF



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

Bernard BARBOTTIN



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

René COURATIER





MINISTÈRE DE LA JUSTICE
ET DES LIBERTÉS

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

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

Protocole d'accord entre

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

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

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

Les professionnels de santé

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

Est convenu ce qui suit entre les soussignés :

Article 1

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

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

Article 2

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

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

Article 3

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

Article 4

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

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

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

Article 5

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

Article 6

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

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

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

Article 7

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

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

Article 8

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

Article 9

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

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

Fait à Paris, le 20 AVR 2011

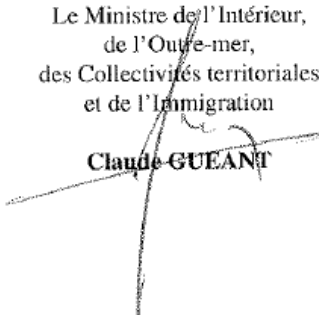
Le Garde des Sceaux,
Ministre de la Justice et des Libertés


Michel MERCIER

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


Xavier BERTRAND

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


Claude GUEANT

Ce protocole a été approuvé par :

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

Dr Michel CHASSANG

Le président de MG France

Dr Claude LEICHER

Le président du Syndicat des médecins libéraux (SML)

Dr Christian JEAMBRUN

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

Dr Jean-Claude REGI

Les représentants du BLOC

D. C. U. D.

Le président de la Fédération Nationale des Infirmiers (FNI)

Philippe TISSERAND

Le président de Convergence Infirmière

Marcel AITFERGAN

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

Dr Roland L'HERRON



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

Dr Philippe DENOYELLE



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

Fanny RUSTICONI



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

Stéphane MICHEL

Xavier GALLO



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

Philippe LIEBERMANN



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

Gilles BONNEFOND



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

Frédéric LAURENT



Le président du Syndicat des Biologistes (SDB)

François BLANCHECOTTE




La présidente de la Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO)

Nicole DENNI-KRICHEL



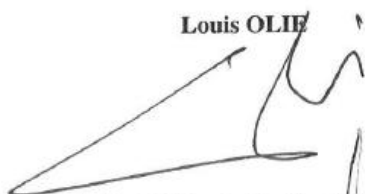
Le président du Syndicat National Autonome des Orthoptistes (SNAO)

Laurent MILSTAYN



Le président de la Fédération Nationale des Podologues (FNP)

Louis OLIE



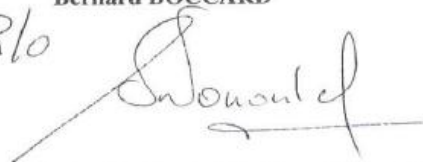
La présidente de l'Organisation Nationale des Syndicats de Sages-femmes (ONSSF)

Christelle GERBER-MONTAIGU



Le président de la Chambre Nationale des Services d'Ambulances

Bernard BOCCARD

P/0


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

Benoît ROY

P.O. 

CHARTRE DE PARTENARIAT

Hôpital - Justice - Police - Gendarmerie Maison
d'arrêt



Centre Hospitalier de Lens



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE LA JUSTICE



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

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



Gendarmerie
nationale

CHARTRE DE PARTENARIAT

Hôpital - Justice - Police - Gendarmerie - Maison

L'entretien de relations harmonieuses entre les services hospitaliers, la justice, la gendarmerie, la police, et la maison d'arrêt, dans le respect des prérogatives de chacun, justifie l'identification des différentes situations de nature à susciter problèmes ou interrogations et que les signataires conviennent afin d'apporter ensuite réponses et solutions dans le contexte le plus pragmatique possible.

L'objectif est de définir entre les institutions concernées, après avoir listé les différentes hypothèses d'intervention, la conduite à tenir de la part de chacun des intervenants.

Les annexes de la charte de collaboration doivent préciser les missions, les droits et les devoirs respectifs dans le respect des règles éthiques et déontologiques de chacun. Ces annexes sont évolutives. Elles seront complétées en fonction de l'évolution du contexte réglementaire et de l'apparition de nouveaux besoins des contractants.

Cette charte doit aussi permettre de garantir la protection des droits des patients hospitalisés, ainsi que le respect des compétences et prérogatives des signataires en facilitant leur interaction et leur coordination (médecins, services de soins, administration, autorités de gendarmerie et de police, magistrats et greffe du TGI).

Le centre hospitalier de LENS, le tribunal de grande instance de LENS, sous réserve de l'indépendance juridictionnelle garantie par la Constitution, la police, la gendarmerie, et la maison d'arrêt de VENDIN-LE-VIEIL, s'engagent à appliquer la présente charte et à procéder à son évaluation aux fins d'amélioration par l'analyse de tout dysfonctionnement susceptible de se produire.

Modalités d'élaboration

La rédaction de la présente charte est le résultat de la collaboration étroite des signataires :

- M. le directeur Général du Centre Hospitalier de LENS
- Mme la présidente du tribunal de grande instance de BETHUNE
- M. le procureur de la République près le tribunal de grande instance de BETHUNE
- M. le commissaire Central Chef de la Circonscription de Sécurité Publique de LENS agglomération
- M. le lieutenant colonel commandant le groupement de gendarmerie départementale du Pas de Calais
- M., le directeur de la maison d'arrêt de VENDIN-LE-VIEIL

Les annexes techniques sont en adéquation avec les textes législatifs et réglementaires et correspondent aux préoccupations des signataires. Elles constituent un guide de procédures pratiques.

Les thèmes abordés sont :

- L'admission du patient
- Les prises en charge spécifiques
- La gestion des incidents au centre hospitalier
- Le secret professionnel
- La bioéthique
- Les procédures judiciaires
- Les sorties

Evaluation de la charte

Le guide des procédures fait l'objet d'une évaluation annuelle commune qui repose sur :

- La mise à jour du contenu en fonction de l'évolution des textes réglementaires et des modifications liées aux personnes, structures et aux dysfonctionnements enregistrés,
- La conformité des pratiques.

Des réunions pourront avoir lieu ponctuellement afin d'évoquer l'évolution majeure d'un texte ou traiter rapidement de l'amélioration d'une pratique sans attendre une réunion planifiée.

A Lens, le

Le directeur général
du centre hospitalier
de LENS

Le procureur de la République
près le tribunal de grande instance
de BETHUNE

La présidente
du tribunal de grande instance
de BETHUNE

Le commissaire central,
chef de la Circonscription
de Sécurité Publique de LENS
Agglomération

Le colonel commandant
le groupement de gendarmerie
départementale du
Pas-de-Calais

Le directeur
de la maison d'arrêt
de VENDIN-LE-VIEIL

VII. Sommaire

CHAPITRE 1 : L'ADMISSION DU PATIENT	64
1.1 PRINCIPES GENERAUX ET DROITS DU PATIENT	64
1.2 SITUATIONS SPECIFIQUES	64
1.2.1 Admission D'UN MINEUR	64
1.2.1.1 Situation classique : nécessité de l'autorisation des parents	65
1.2.1.2 En cas de refus de consentement du représentant légal ou d'impossibilité de recueillir ce consentement :	65
1.2.1.3 Refus du mineur de voir ses parents consultés :	66
1.2.1.4 En cas d'urgence, quelle que soit la situation :	66

1.2.1.5	Cas particulier de l'admission d'une mineure pour interruption volontaire de grossesse :	67
1.2.2	Les MAJEURS PROTEGES	67
1.2.2.1	Les mesures de protection	67
1.2.3	Admission ET SOINS D'UN MAJEUR PROTEGE	68
1.2.4	Admission D'UNE PERSONNE POUR ACCOUCHEMENT DANS LE SECRET	69
1.2.5	Admission D'UNE PERSONNALITE	70
1.2.6	Admission DE GENDARMES, DE POLICIERS OU DE PERSONNELS PENITENTIAIRES	70
1.2.7	Préservation DES INDICES EN CAS DE SUSPICION D'INFRACTION PENALE	70
1.2.7.1	Préservation des vêtements	71
1.2.7.2	Recherche de traces souhaitée par les enquêteurs sur le corps de certaines victimes ou auteurs	71
1.2.7.3	Manipulation des armes et projectiles	71
1.2.7.4	Manipulation des liens	71
1.2.7.5	Intervention dans une chambre d'hôpital en cas de décès avec obstacle médico-légal	72
1.3	Droits des malades et de la fin de vie	72
	CHAPITRE 2 : PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES	73
2.1	LES PATHOLOGIES MENTALES	73
2.1.1	Personnes HOSPITALISEES EN RAISON DE TROUBLES PSYCHIATRIQUES	73
2.1.1.1	Les Admissions en Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers	73
2.1.1.2	Les Admissions en Soins Psychiatriques sur Décisions du Représentant de l'Etat	74
2.1.1.3	Le contrôle par le juge des libertés et de la détention (JLD)	76
2.2	TOXICOMANES	76
2.2.1	L'admission volontaire (décret n° 2003-462 du 21 mai 2003)	77
2.2.2	La personne est envoyée par l'autorité judiciaire (injonction thérapeutique) ou par l'autorité sanitaire	77
2.2.3	Signalement par les services médico-sociaux	77
2.3	VIOLENCES CONJUGALES ET FAMILIALES	78
2.4	TENTATIVE DE SUICIDE ET SUICIDE <small>cf. 1.2.7</small>	79
2.4.1	Les personnes hospitalisées après une tentative de suicide	79
2.4.2	Le suicide au sein du centre hospitalier	80
2.5	GREVE DE LA FAIM	80
2.5.1	La personne agit en pleine conscience	81
2.5.2	La personne est détenue	81
2.5.3	La personne est atteinte de troubles mentaux	81
2.6	PERSONNES PRIVEES DE LIBERTE	81
2.6.1	Prise en charge des personnes détenues malades	81
2.6.2	Prise en charge des personnes malades gardées à vue	82
2.6.2.1	La garde à vue a débuté dans un service de police ou de gendarmerie et se poursuit à l'hôpital pour des raisons médicales	82
2.6.2.2	La mise en garde à vue d'une personne déjà hospitalisée	83
	CHAPITRE 3 : GESTION DES INCIDENTS AU CENTRE HOSPITALIER	85
3.1	VOLS ET DEGRADATIONS	85
3.1.1	Vols ou dégradations au préjudice d'un patient, d'un visiteur ou d'un membre du personnel hospitalier	85
3.1.2	Vols ou dégradations au préjudice du centre hospitalier	85
3.1.3	Vols de produits stupéfiants (méthadone, subutex)	85
3.1.4	Vols d'ordonnances et de tampons	85
3.2	TROUBLES A L'ORDRE PUBLIC, VIOLENCES ET AUTRES INFRACTIONS CONTRE LES PERSONNES	86
3.3	DECOUVERTE D'UNE ARME	87
3.3.1	Les armes à feu	87
3.3.2	Les autres armes	87
3.4	LA PERSONNE EST PORTEUSE DE DROGUE	87
	CHAPITRE 4 : LE SECRET PROFESSIONNEL	89
4.1	Faits COUVERTS PAR LE SECRET	89
4.2	EXCEPTIONS AU PRINCIPE DU SECRET	89
4.3	éléments non COUVERTS PAR LE SECRET PROFESSIONNEL ET POUVANT être communiqués lors des auditions et demandes de renseignements	91

CHAPITRE 5 : LA BIOETHIQUE	93
5.1 DONS ET PRELEVEMENTS D'ORGANES, DE TISSUS, DE CELLULES ET DE PRODUITS DU CORPS HUMAIN	93
5.1.1 Prélèvement sur une personne vivante.....	93
5.1.1.1 Prélèvement sur les personnes majeures capables.....	93
5.1.1.2 Prélèvement sur les personnes mineures ou majeures protégées	94
5.1.2 Prélèvement sur une personne décédée.....	95
5.2 RECHERCHE BIOMEDICALE	97
CHAPITRE 6 : PROCEDURES JUDICIAIRES	98
6.1 LES AUDITIONS	98
6.1.1 Auditions des personnes hospitalisées.....	98
6.1.2 Auditions des personnels hospitaliers.....	99
6.1.2.1 Le personnel soignant et le témoignage.....	99
6.2 PERQUISITIONS ET SAISIES	99
6.2.1 Perquisition.....	99
6.2.2 Remise volontaire sur réquisition.....	100
6.2.3 Saisie d'un dossier médical sur commission rogatoire.....	100
6.3 REQUISITIONS : EXAMENS TECHNIQUES OU SCIENTIFIQUES, CERTIFICATS MEDICAUX	101
6.3.1 Le médecin ne peut refuser de répondre à ces réquisitions que dans quatre hypothèses	101
6.3.2 Accueil des personnes en état d'ivresse.....	101
6.4 EXPERTISES JUDICIAIRES	102
6.4.1 Accès de l'expert judiciaire au dossier médical.....	102
6.4.2 Voies d'accès au dossier médical.....	102
6.4.3 Examens ou prélèvements contre la volonté d'une personne.....	103
6.4.4 Autopsies.....	104
CHAPITRE 7 : LES SORTIES	105
7.1 LE REFUS DE SOINS ET SORTIE A L'INITIATIVE DU PATIENT (contre avis médical)	105
7.1.1 REGLES GENERALES : Quelques points primordiaux et essentiels afin d'appréhender les deux aspects sont à rappeler quant à la liberté du patient et la responsabilité de l'hôpital et des personnels.....	105
7.1.1.1 Cas particulier de la sortie contre avis médical d'une femme enceinte	105
7.1.1.2 La procédure doit tenir compte des trois dimensions : administrative, médicale et juridique.....	106
7.1.2 L'exception : le DANGER imminent	106
7.2 LA FUGUE OU SORTIE A L'INSU DU SERVICE	107
7.2.1 Procédure générale	107
7.2.2 Procédures destinées aux mineurs et personnes protégées.....	107
7.3 LES MODALITES EN CAS DE DECES	107
CHAPITRE 8 : REVISIONS	109

CHAPITRE 1 : L'ADMISSION DU PATIENT

1.1 PRINCIPES GENERAUX ET DROITS DU PATIENT

Rappel des textes :

Aux termes de l'article 16-3 du code civil :

"Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui".

Ce même article précise dans un alinéa 2 que :

"Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir".

Ces dispositions sont à rapprocher de l'article 36 du code de déontologie médicale qui prévoit que :

"Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas".

La jurisprudence confirme l'importance que revêt la notion de **consentement éclairé**.

IMPORTANT

Le consentement de la personne soignée doit être recherché dans tous les cas. Ce consentement doit être éclairé par une information loyale, claire, intelligible et adaptée. En cas d'urgence vitale, les soins doivent être donnés.

1.2 SITUATIONS SPECIFIQUES

1.2.1 Admission D'UN MINEUR

▪ Notion de minorité :

L'âge de la majorité est fixé à dix-huit ans révolus (article 388 du code civil) ;

Toutefois, la minorité prend fin par émancipation dans deux cas :

- en premier lieu par l'effet du mariage ;
- en second lieu, s'agissant d'un enfant de plus de seize ans, sur décision du juge des tutelles (articles 413-1 et suivants du Code civil).

▪ Notion d'autorité parentale :

Aux termes des articles 42 du Code de déontologie médicale et L. 1111-2 du Code de la santé publique :

"Un médecin appelé à donner des soins à un mineur [...] doit s'efforcer de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement".

La protection de la santé de l'enfant incombe à ses père et mère titulaires de l'autorité parentale jusqu'à ses dix-huit ans.

En principe, l'autorité parentale est exercée en commun par les deux parents de l'enfant (article 372 du code civil), qu'ils soient mariés ou non.

Un acte usuel peut être pratiqué avec le consentement d'un seul des deux parents chacun des parents étant alors réputé agir avec l'accord de l'autre relativement à la personne de l'enfant à (article 372-2 du Code civil).

Cependant, si les décisions à prendre sont essentielles pour la santé du mineur et à plus forte raison pour sa survie, il sera nécessaire de recueillir l'accord du père et de la mère, qui exercent en commun l'autorité parentale.

Toutefois, dans certains cas, l'autorité parentale est exercée par un seul parent (cas où la filiation n'est établie qu'à l'égard d'un seul parent vivant, cas de certains divorces, cas de certains parents non mariés) : l'autorisation du seul parent titulaire de l'autorité parentale suffit, sous réserve du droit de l'autre parent à être tenu informé des choix importants relatifs à la vie de l'enfant (article 373-2-1 du code civil).

Enfin, dans certains cas, l'exercice de l'autorité parentale peut être délégué par le juge aux affaires familiales à une personne autre que les parents (article 376-1 du code civil).

1.2.1.1 Situation classique : nécessité de l'autorisation des parents

L'admission d'un mineur est prononcée à la demande d'un parent ou des deux parents, titulaires de l'autorité parentale, de son représentant légal. Les soins sont pratiqués avec l'autorisation de ces derniers.

1.2.1.2 En cas de refus de consentement du représentant légal ou d'impossibilité de recueillir ce consentement :

Si le **refus du consentement du représentant légal ou l'impossibilité de recueillir ce consentement** risque de compromettre la santé ou l'intégrité corporelle du mineur, le médecin apprécie en conscience s'il doit saisir l'autorité judiciaire.

En effet, l'article 43 du code de déontologie médicale dispose que :

"Le médecin doit être le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage".

▪ Saisine du procureur de la République :

Le médecin responsable du service peut ainsi saisir le procureur de la République afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant d'assurer la continuité des soins (article R 1112-35 du code de la santé publique).

Le procureur de la République n'a aucun pouvoir pour modifier lui-même les règles de dévolution de l'autorité parentale, mais, en cas d'urgence, il a compétence pour prendre une ordonnance de placement provisoire en confiant l'enfant au service de l'aide sociale à l'enfance ou à l'hôpital (article 375-5 du code civil).

En particulier, en cas d'urgence le procureur de la République peut décider de remettre l'enfant à un centre d'accueil ou à une structure adaptée pour assurer sa prise en charge médicale ou d'hébergement. Il a 8 jours pour saisir le juge compétent qui pourra maintenir, modifier ou annuler ces mesures.

- **Saisine du juge des enfants :**

Lorsque le juge des enfants est déjà saisi de la situation d'un mineur, il peut également prendre toute mesure utile pour assurer la prise en charge médicale ou la continuité des soins, le cas échéant par décision de placement.

1.2.1.3 Refus du mineur de voir ses parents consultés :

Lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé du mineur et que celui-ci s'oppose expressément à la consultation des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé, le médecin peut, après avoir tenté d'obtenir l'accord du mineur, se dispenser d'obtenir le consentement des titulaires de l'autorité parentale.

Le mineur est alors accompagné de la personne majeure de son choix (article L.1111-5 du code de la santé publique).

1.2.1.4 En cas d'urgence, quelle que soit la situation :

En cas d'urgence, le devoir d'assistance aux malades (article 9 du code de déontologie médicale) impose aux médecins et soignants d'agir dans les plus brefs délais et les dispense d'obtenir ou même de rechercher le consentement des parents.

Ainsi, même si ceux-ci ne peuvent être joints, le médecin doit donc donner les soins nécessaires selon l'article L. 1111-4 du code de la santé publique.

Egalement, l'article L.1111-4 alinéa 5 du code de la santé publique détermine la procédure à suivre en matière d'autorisation d'opérer ou de pratiquer les soins et actes nécessités par l'état de santé de l'enfant en cas de refus de traitement :

“Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur [ou du majeur sous tutelle], le médecin délivre les soins indispensables”.

IMPORTANT

L'autorisation parentale est requise pour les mineurs sauf, dans certains cas, s'ils souhaitent garder le secret sur leur état de santé. Dans ce cas, ils se font accompagner par une personne majeure de leur choix.

En cas d'urgence et de risque grave pour la santé du mineur ou du majeur protégé, le médecin délivre les soins nécessaires sans avoir à rechercher et recueillir le consentement des parents.

Les services de police ou de gendarmerie prêteront si nécessaire leur concours pour joindre les représentants légaux du mineur.

Des mesures d'assistance éducative peuvent aussi être requises en cas de nécessité auprès du procureur de la République ou, le cas échéant, du juge des enfants déjà saisi.

1.2.1.5 Cas particulier de l'admission d'une mineure pour interruption volontaire de grossesse :

Principe :

L'interruption volontaire de grossesse d'une mineure non émancipée est soumise à certaines conditions.

D'une part, l'autorisation d'un **seul** des parents suffit, à la condition qu'il exerce l'autorité parentale.

D'autre part, ce consentement doit être accompagné de celui de la mineure non émancipée, recueilli en dehors de la présence de toute autre personne (article L.2212-7 alinéa 1 du code de la santé publique).

Si la mineure est hors d'état de manifester sa volonté, le juge des enfants est susceptible d'intervenir dans les situations de danger.

Exception : impossibilité d'obtenir l'accord parental.

La loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception permet à la mineure de passer outre l'obligation d'obtenir l'autorisation parentale si elle souhaite garder le secret de l'intervention ou si le consentement parental n'est pas obtenu. Le médecin aura dû préalablement s'efforcer de convaincre la mineure de consulter ses parents (article L2212-7 du code de la santé publique).

Dans ce cas, la jeune fille doit se faire accompagner par une personne majeure de son choix et aucune demande de paiement ne peut être présentée à l'assurée ou à l'intéressée.

IMPORTANT

L'interruption volontaire de grossesse chez une mineure non émancipée est soumise à l'autorisation d'un seul des deux parents. Si elle souhaite garder le secret de l'intervention, elle doit se faire accompagner par une personne majeure de son choix.

1.2.2 Les MAJEURS PROTEGES

1.2.2.1 Les mesures de protection

Lorsque les facultés mentales d'une personne majeure sont altérées par une maladie, une infirmité ou un affaiblissement dû à l'âge, il peut, si cela est nécessaire, être pourvu à ses intérêts par un des régimes de protection prévus par la loi. Il en est de même si l'altération des facultés corporelles d'une personne empêche l'expression de sa volonté.

La loi prévoit trois régimes de protection :

▪ La tutelle :

Il s'agit d'une mesure de représentation de la personne dans tous les actes de la vie civile. Toutes les décisions le concernant sont prises par le tuteur, avec ou sans autorisation préalable du juge des tutelles selon les cas prévus par la loi.

▪ **La curatelle :**

Il s'agit d'une mesure d'assistance de la personne dans tous les actes de la vie civile. La personne est habilitée à prendre seule les décisions de la vie quotidienne mais doit être accompagnée de son curateur pour prendre les décisions importantes.

▪ **La sauvegarde de justice :**

Si la personne majeure a besoin d'être **protégée dans les actes de la vie** civile de manière temporaire, elle peut être placée sous sauvegarde de justice. Cette mesure concerne les personnes qui ont besoin d'une aide ponctuelle ou pour gérer certains actes particuliers. Elle permet de prononcer la nullité ou la rescision pour lésion des engagements excessifs qui auraient été souscrits par le majeur protégé.

La sauvegarde de justice peut prendre deux formes :

- ✓ **La sauvegarde judiciaire** prononcée par le juge des tutelles pour la durée de l'instance en tutelle ou curatelle et qui ne peut excéder un an renouvelable une fois.

- ✓ **La sauvegarde médicale** décidée par le médecin et résultant d'une déclaration faite par lui-même au procureur de la République.

Lorsque la personne est soignée dans un hôpital public habilité à recevoir des malades mentaux, comme dans tout établissement de santé, tout médecin hospitalier qui constate que cette personne a besoin d'être protégée, a **l'obligation d'en faire la déclaration au procureur de la République**. « Cette déclaration a pour effet de placer le malade sous sauvegarde de justice » (article L 3211-6 alinéa 2 du code de la santé publique).

Cette démarche est compatible avec le secret professionnel. Il lui est demandé d'apprécier les répercussions de la maladie, de l'infirmité ou du grand âge sur les facultés mentales ou l'expression de la volonté. Le médecin auteur de la déclaration doit informer le malade ou sa famille.

IMPORTANT

La sauvegarde de justice par déclaration médicale concerne tout praticien hospitalier quel que soit le service d'hospitalisation du malade concerné.

Le formulaire de déclaration aux fins de sauvegarde de justice doit être visé par le directeur de l'hôpital et adressé au procureur de la République en recommandé avec accusé de réception.

1.2.3 Admission ET SOINS D'UN MAJEUR PROTEGE

Toute personne protégée peut être admise en hospitalisation à sa demande, à celle de son entourage, de son tuteur ou de l'autorité administrative ou judiciaire.

▪ **Personnes placées sous curatelle ou sauvegarde de justice :**

En matière médicale, que le majeur soit apte ou non à exprimer sa volonté, les dispositions de droit commun s'appliquent.

Cela signifie d'une part, qu'aucun consentement du curateur ou du mandataire spécial, ni aucune autorisation du juge des tutelles ne sont requis. S'agissant d'une personne sous curatelle, il est toutefois conseillé de la recevoir en présence du curateur, pour mieux informer le malade protégé de sa situation et pour éclairer le médecin de la portée du consentement donné par ce patient.

Cela signifie d'autre part, que la personne placée sous curatelle ou sous sauvegarde de justice peut désigner librement une *personne de confiance*.

▪ **Personnes placées sous tutelle :**

Le majeur sous tutelle ne peut prendre seul aucune décision : l'accord écrit du tuteur est donc nécessaire dans tous les cas.

Mais le consentement de la personne protégée doit être recherché lorsqu'elle est apte à exprimer sa volonté. Cela signifie qu'en cas de désaccord de la personne avec un acte qui paraît nécessaire ou en cas de désaccord du tuteur avec un acte qui paraît nécessaire au médecin ou à la personne protégée, le juge sera saisi par le tuteur ou le malade ou, par le procureur de la République à la demande du médecin (ou du directeur de l'hôpital) pour trancher la difficulté.

Outre le consentement du malade et l'accord du tuteur, dans certains cas, l'autorisation doit être demandée au juge des tutelles de pratiquer un acte ayant pour effet de porter gravement atteinte à l'intégrité corporelle de la personne protégée ou à l'intimité de sa vie privée. Il s'agit des cas où le juge a donné au tuteur une mission d'assistance ou de représentation à la personne. Cette autorisation du juge des tutelles n'a pas à être demandée en cas d'urgence.

Lorsque le tuteur est indisponible, en cas d'urgence, c'est-à-dire en cas de risque d'atteinte vitale, le médecin doit donner les soins qu'il juge nécessaires et en informer ensuite le plus rapidement possible le représentant légal ou le juge des tutelles ou le procureur de la République. Dans les autres cas, il convient d'aviser le juge des tutelles qui prendra le cas échéant toute mesure permettant de répondre à la situation.

1.2.4 Admission D'UNE PERSONNE POUR ACCOUCHEMENT DANS LE SECRET

L'accouchement dans le secret est un cas légal d'anonymat de personnes hospitalisées. Le personnel de l'établissement doit être informé de cette situation, ces personnes sont garantes de la préservation du secret demandé par la future maman.

Le médecin chef de service, le cadre de santé, l'assistante sociale et/ou le psychologue du service est prévenu (cf. procédure interne au service).

Un appel téléphonique est donné via le N°03.____.____.____ le bureau « Accès aux origines » en précisant la date de naissance de l'enfant.

Le dossier médical doit être instruit en ne faisant jamais apparaître le nom de la patiente. Si la patiente est déjà connue du service, un accouchement dans un autre établissement doit lui être proposé pour préserver son anonymat.

Une enveloppe cachetée contenant un écrit de l'intéressée, précisant son identité et le nom du correspondant à prévenir en cas de décès, doit être conservée dans un endroit sûr. Cette enveloppe sera ouverte en cas de décès de la mère. Elle permettra d'établir le certificat de décès et de prévenir avec toute la confidentialité et la prudence requise, le tiers désigné par la personne décédée ou à défaut ses plus proches parents. A la sortie de l'intéressée, cette enveloppe lui est remise ou détruite devant elle.

La loi n° 2002-93 du 22 janvier 2002 relative à l'accès aux origines des personnes adoptées et pupilles de l'État définit de nouvelles modalités quant à l'accouchement secret.

Aux termes de l'article L.222-6 du code de l'action sociale et des familles :

“Toute femme peut demander, lors de son accouchement, la préservation du secret de son admission et de son identité par un établissement de santé”.

Le décret n° 2002-781 du 3 mai 2002 relatif au Conseil national pour l'accès aux origines personnelles et à l'accompagnement et l'information des femmes accouchant dans le secret, institue certaines règles.

Un entretien est organisé pendant son séjour dans l'établissement avec un référent du Conseil national pour l'accès aux origines personnelles afin de recueillir les éléments de son histoire, l'informer des différentes possibilités qui s'offrent à elle, et l'informer de ses droits et de ceux de l'enfant.

Lors de cet entretien, un document lui est remis précisant les effets juridiques de sa demande, les modalités de levée du secret, les conséquences de son choix en matière de filiation, la nature des renseignements qu'elle est invitée à laisser dans l'intérêt de l'enfant (renseignements sur la santé de la mère et du père, les origines de l'enfant, les circonstances de sa naissance...) et lui est également remis un modèle de lettre de demande de restitution de l'enfant.

La mère est invitée à laisser son identité sous pli fermé. Ce dernier sera conservé sous la responsabilité du président du conseil général et versé au dossier de l'enfant détenu par le service de l'aide sociale à l'enfance.

L'accouchement secret défini par la loi du 22 janvier 2002 permet à l'individu, de connaître ses origines par une volonté commune de levée du secret.

1.2.5 Admission D'UNE PERSONNALITE

A la demande de l'intéressé(e) ou de son entourage, le cadre de santé, en accord avec le corps médical, informe le Directeur du Centre Hospitalier de la nécessité de prendre les dispositions qui s'imposent pour veiller au caractère confidentiel de l'hospitalisation.

(...) Le commissaire de police est averti tout en préservant le secret médical, et si possible préalablement à l'admission pour des raisons d'organisation opérationnelle de ces mesures.

IMPORTANT

L'admission d'une personnalité doit garantir la confidentialité de l'hospitalisation.

1.2.6 Admission DE GENDARMES, DE POLICIERS OU DE PERSONNELS PENITENTIAIRES

L'autorité hiérarchique d'un gendarme, d'un policier ou d'un personnel pénitentiaire, blessé dans l'exercice de ses fonctions, est avisée sans délai de l'admission de son fonctionnaire par le directeur du centre hospitalier. L'arme de service devra être mise en sécurité au coffre

1.2.7 Préservation DES INDICES EN CAS DE SUSPICION D'INFRACTION PENALE

La préservation des traces et indices peut s'avérer déterminante dans le succès de l'enquête et particulièrement dans l'identification des auteurs ou dans l'établissement des responsabilités civiles et pénales respectives des personnes impliquées.

Dans le cadre du traitement d'une personne dans un contexte d'urgence médicale, certains actes peuvent néanmoins être réalisés par les primo intervenants et notamment le personnel médical pour préserver au mieux ces derniers tout en évitant des contraintes supplémentaires. Ces actes élémentaires pourront permettre ainsi aux techniciens en identification criminelle d'exploiter judiciairement les indices et traces relevées dans la recherche de la preuve.

1.2.7.1 Préservation des vêtements

En cas de nécessité de découper les vêtements d'une personne susceptible d'être impliquée dans un crime ou délit (victime ou auteur) : éviter de découper en contournant les zones d'impacts éventuels (arme à feu ou armes blanches) et les zones de saignements plus importants.

Conditionnement des vêtements :

Dans le cas de victimes par arme à feu, afin d'éviter une pollution des vêtements les uns sur les autres par un transfert de poudre, il est préférable de séparer chacun dans des enveloppes Kraft différentes (ou des sacs plastics à défaut).

Dans des cas de viols ou d'agressions sexuelles, éviter impérativement de mettre en contact les culottes avec les soutiens-gorge (pollution possible par transfert de fluides corporels) et de manière générale les vêtements de la victime.

1.2.7.2 Recherche de traces souhaitée par les enquêteurs sur le corps de certaines victimes ou auteurs

Sur les mains :

En cas d'usage d'une arme à feu, dans la mesure du possible et sous réserve des impératifs médicaux, ne pas nettoyer les mains de la victime ou de l'auteur avant que ne soit très rapidement réalisée la recherche de traces de poudre par des prélèvements qui seront effectués par un technicien en identification criminelle de la police ou de la gendarmerie.

Sous les ongles :

En cas de présence d'une victime de viol ou d'agression sexuelle, dans la mesure du possible et sous réserve des impératifs médicaux, ne pas nettoyer les mains de cette dernière afin que le médecin, suite à une réquisition de l'officier de police judiciaire de la police ou de la gendarmerie, effectue un prélèvement par curetage ou découpage des ongles.

1.2.7.3 Manipulation des armes et projectiles

Dans la mesure du possible, toute manipulation d'arme (blanche ou à feu) dont serait encore porteur la victime ou l'auteur, doit être effectuée avec le port de gants pour éviter toute pollution ADN ou papillaire et procéder à sa mise sous enveloppe Kraft ou dans un carton.

En cas d'extraction d'un ou plusieurs projectiles dans le corps de la personne, préserver ces derniers pour une remise rapide à l'officier de police judiciaire de police ou de gendarmerie saisi du dossier.

1.2.7.4 Manipulation des liens

Dans la mesure du possible et sous réserve des impératifs médicaux, en cas de manipulation de liens (cordes, fils électriques, ficelles, etc...) ou d'entraves par rubans adhésifs, il est fortement souhaité de porter des gants pour éviter toute pollution ADN ou papillaires de ces indices.

Si les liens doivent être découpés, contourner le nœud en lui-même si possible pour permettre l'analyse technique de ce dernier pour d'éventuels rapprochements.

1.2.7.5 Intervention dans une chambre d'hôpital en cas de décès avec obstacle médico-légal

En cas d'intervention dans une chambre de l'hôpital où il serait découvert un patient décédé dont la mort est constatée avec un obstacle médico-légal, il est impératif de procéder à un gel total de la "scène de crime" jusqu'à l'arrivée des enquêteurs saisis. Il conviendra notamment d'interdire toute modification des lieux et tout déplacement du corps après l'intervention du médecin constatant le décès et émettant l'obstacle.

1.3 Droits des malades et de la fin de vie

La présente convention vise à sensibiliser le personnel soignant aux mesures prévues par la **loi Léonetti du 22 avril 2005 n° 2005-370** sur l'accompagnement des malades en fin de vie. Elle suscite de nombreuses interrogations au regard des normes déontologiques, de la législation civile et pénale.

La convention prévoit la mise en place d'échanges réguliers entre praticiens, personnels de santé, juristes et magistrats, dans le cadre d'actions de formation et d'information conjointes entre les autorités judiciaires et sanitaires.

Le Directeur de l'établissement et le procureur de la République sont favorables, autant que de besoin, à l'établissement de rencontres avec le comité médical d'établissement afin de permettre une parfaite mise en application de la loi.

CHAPITRE 2 : PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

2.1 LES PATHOLOGIES MENTALES

2.1.1 Personnes HOSPITALISEES EN RAISON DE TROUBLES PSYCHIATRIQUES

La loi du 5 juillet 2011 portant réforme de la loi d'hospitalisation sous contrainte de 1990 précise que les soins libres demeurent la règle.

Les deux procédures de contrainte distinctes sont :

- ✓ l'admission à la demande d'un tiers ;
- ✓ l'admission à la demande du représentant de l'Etat.

Les mesures d'urgence sont :

- ✓ les mesures à la demande de tiers en urgence (un seul certificat) ;
- ✓ les mesures prises en l'absence de tiers et en présence d'un péril imminent pour la santé de la personne (un certificat d'un médecin n'exerçant pas dans l'établissement) ;
- ✓ les mesures provisoires des Maires (ou commissaire de police à Paris), toujours sur la base d'un avis médical.

2.1.1.1 Les Admissions en Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers

Il est nécessaire de contrôler la conformité de la demande avant de prononcer l'admission

Admission en Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers ASPD L.3212-1 II 1° dite CLASSIQUE	
Conditions consubstantielles	La personne doit être atteinte de troubles mentaux. Ces troubles rendent impossible son consentement. Son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante justifiant une prise en charge à temps complet ou en ambulatoire
Demande d'admission	Demande du tiers (pour risque grave d'atteinte à l'intégrité du patient) Le Directeur prononce l'admission.
Conditions spécifiques	2 certificats médicaux circonstanciés de moins de 15 jours : ✓ 1 certificat médical d'un médecin extérieur et ✓ 1 certificat médical d'un médecin extérieur ou travaillant à l'établissement d'accueil.

Le tiers est :

- ✓ un membre de la famille du malade
- ✓ une personne justifiant de l'existence de relations avec le malade antérieurement à la demande de soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci ;
- ✓ le tuteur ou curateur d'un majeur protégé.

La demande d'admission doit être manuscrite et doit comporter :

- ✓ la formulation de la demande d'admission ;
- ✓ les noms, prénoms, date de naissance, et domicile de la personne qui demande les soins et de celle pour laquelle ils sont demandés ;
- ✓ la date ;
- ✓ la signature.

Admission en Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers ASPD L.3212-1 II 2° dite Péril imminent (sans tiers)	
Conditions consubstantielles	Absence de tiers et existence d'un péril imminent pour la santé de la personne. La personne doit être atteinte de troubles mentaux. Ces troubles rendent impossible son consentement. Son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante justifiant une prise en charge à temps complet ou en ambulatoire.
Demande d'admission	Le Directeur prononce l'admission après vérification d'identité du malade.
Conditions spécifiques	Un certificat médical circonstancié par un médecin extérieur à l'établissement d'accueil.

Admission en Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers ASPD L.3212.3 dite URGENCE	
Conditions consubstantielles	La personne doit être atteinte de troubles mentaux. Ces troubles rendent impossible son consentement. Son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante justifiant une prise en charge à temps complet ou en ambulatoire.
Demande d'admission	Demande du tiers (pour risque grave d'atteinte à l'intégrité du patient). Le Directeur prononce l'admission.
Conditions spécifiques	En cas d'urgence, lorsqu'il existe risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade, un certificat médical circonstancié d'un médecin exerçant ou pas dans l'établissement d'accueil.

2.1.1.2 Les Admissions en Soins Psychiatriques sur Décisions du Représentant de l'Etat

La loi du 5 juillet 2011 ne prévoit plus l'hospitalisation décidée par arrêté du maire comme le prévoyait le code général des collectivités territoriales.

Il est nécessaire de contrôler la conformité de la demande avant de prononcer l'admission.

Admission en Soins Psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat

ASPDRE L.3213.1 dite CLASSIQUE

	Admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (ASPDRE) - Art L3213-1	Admission en cas de danger imminent Article L.3213-2
Conditions consubstantielles d'admission, communes aux 2 mesures	Personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante justifiant une prise en charge à temps complet ou en ambulatoire. Atteinte à la sûreté des personnes ou de façon grave à l'ordre public.	
Demande d'admission	Le représentant de l'Etat dans le département (par arrêté préfectoral) au vu d'un certificat médical circonstancié.	Le maire et à Paris, les commissaires de police (Arrêté et PV provisoires). informent dans les 24h le préfet (arrêté préfectoral) C'est la date d'admission qui sert de point de départ au calcul des délais, même en cas de mesure préfectorale ultérieure.
Conditions spécifiques	1 certificat médical d'un psychiatre ne travaillant pas dans l'établissement d'accueil	1 avis médical Attention nouvel élément

Admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat

ASPDRE irresponsabilité pénale L.3213-7 ou UMD art L.3222-3

	Personnes considérées comme pénalement irresponsables (L.3213-7) ou ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans une unité pour malades difficiles (L3222-3).	
Conditions d'admission	Lorsque les autorités judiciaires estiment que l'état mental d'une personne qui a bénéficié d'un classement sans suite, d'une décision d'irresponsabilité pénale ou d'un jugement ou arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte, de façon grave, à l'ordre public. Transfert dans une UMD lorsque le patient présente un état dangereux majeur, certain ou imminent nécessitant des protocoles thérapeutiques intensifs.	

A la demande du personnel hospitalier et sous réserve des nécessités de leur propre service, les forces de l'ordre assistent le personnel soignant durant la procédure :

- ✓ d'admission de la personne hospitalisée sous contrainte.
- ✓ de ré-hospitalisation, suite au non respect du programme de soins psychiatriques ambulatoires (injonction de soins en structures extrahospitalières : CMP, hôpital de jour...).

Il convient de rappeler les dispositions de l'article D 398 du C.P.P qui prévoit que les détenus atteints de troubles mentaux ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire et que leur garde ne peut être assurée par un personnel de police ou de gendarmerie pendant leur hospitalisation.

2.1.1.3 Le contrôle par le juge des libertés et de la détention (JLD)

La loi du 5 juillet 2011 portant réforme de la loi d'hospitalisation sous contrainte impose la validation par le juge des libertés et de la détention de la nécessité des soins en hospitalisation complète avant le quinzième jour d'hospitalisation.

Dans le cadre d'une Admission en Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers, il y a une saisine du juge des libertés et de la détention par le directeur du centre hospitalier de LENS avant le 10^{ème} jour d'hospitalisation et le patient est convoqué par le juge des libertés et de la détention avant le 15^{ème} jour d'hospitalisation.

Cette procédure se renouvelle avant le sixième et le douzième mois d'hospitalisation le cas échéant.

Dans le cadre d'une Admission en Soins Psychiatriques sur Décision du Représentant de l'Etat il y a une saisine du juge des libertés et de la détention par le représentant de l'état avant le 10^{ème} jour d'hospitalisation et le patient est convoqué par le juge des libertés et de la détention avant le 15^{ème} jour d'hospitalisation.

Cette procédure se renouvelle avant le 6^{ème} et le 12^{ème} mois d'hospitalisation le cas échéant.

En cas de demande de ré-hospitalisation après autorisation de sortie, il doit être considéré que cette ré-hospitalisation constitue une nouvelle hospitalisation soumise au contrôle du juge des libertés et de la détention. Il est donc nécessaire de disposer d'un nouveau titre de contrainte (décision du préfet, ou demande d'un tiers) et de saisir à nouveau le juge des libertés et de la détention avant le 10^{ème} jour d'hospitalisation.

Le tribunal a créé une audience hebdomadaire du juge des libertés et de la détention statuant en matière de soins sans consentement, le mardi matin. Toute autre audience est fixée par le juge en fonction des besoins dans le respect des délais légaux.

2.2 TOXICOMANES

Aux termes de l'article L 3411-1 du code de la santé publique :

“Une personne usant d'une façon illicite de substances ou de plantes classées comme stupéfiants, est placée sous la surveillance de l'autorité sanitaire”.

La prévention et la répression de la toxicomanie sont régies par les lois du 31 décembre 1970 modifiées à plusieurs reprises.

L'article L 3421-1 du code de la santé publique prévoit que l'usage illicite de stupéfiants est puni d'un an d'emprisonnement et de 3 750 € d'amende.

IMPORTANT

L'admission des toxicomanes se présente sous trois formes :

- L'hospitalisation volontaire et librement consentie du toxicomane ;
- L'injonction thérapeutique judiciaire ;
- Le signalement par les services médico-sociaux.

2.2.1 L'admission volontaire (décret n° 2003-462 du 21 mai 2003)

L'hospitalisation volontaire est régie par l'article L 3414-1 du code de la santé publique.

Il s'agit d'une hospitalisation volontaire librement consentie. La loi prévoit la protection de la personne (sur sa demande expresse) par le bénéfice de l'anonymat total dans ce cas précis.

Cet anonymat ne peut être levé que pour des raisons autres que la répression de l'usage illicite de stupéfiants.

Les personnes ayant bénéficié d'un traitement dans ces conditions pourront demander au médecin qui les aura traités un certificat nominatif mentionnant les dates, la durée et l'objet du traitement.

IMPORTANT

L'hospitalisation volontaire et librement consentie du toxicomane exige le respect des règles de l'anonymat total.

2.2.2 La personne est envoyée par l'autorité judiciaire (injonction thérapeutique) ou par l'autorité sanitaire

Les personnes astreintes par l'autorité judiciaire à une obligation de soins (mesure de contrôle judiciaire ou régime de mise à l'épreuve) doivent pouvoir justifier auprès de cette autorité du respect de cette obligation, dans les mêmes conditions. Il est donc nécessaire de délivrer les attestations médicales de suivi utiles.

2.2.3 Signalement par les services médico-sociaux

Lors de l'admission, la personne concernée par la cure ou le traitement doit faire parvenir à l'autorité sanitaire un **certificat médical** indiquant la date de début des soins, la durée probable du traitement et l'établissement dans lequel ou sous la surveillance duquel aura lieu l'hospitalisation ou le traitement ambulatoire.

En cas **d'interruption du traitement** à l'initiative de l'intéressé ou de tout autre incident survenant au cours de la mesure, le directeur de l'établissement ou le médecin responsable du traitement en informe immédiatement l'autorité sanitaire qui prévient le parquet (article L 3413-3 CSP). Il n'y a pas lieu de donner une information directe aux autorités judiciaires.

IMPORTANT

L'injonction thérapeutique judiciaire ou le signalement par les services médico-sociaux imposent la production de certificat médical et le signalement d'interruption de traitement.

La conduite à tenir en cas de découverte de produits stupéfiants est indiquée infra § 3-4.

2.3 VIOLENCES CONJUGALES ET FAMILIALES

Les violences volontaires, constitutives d'atteinte à l'intégrité physique ou psychique de la personne, sont réprimées par le code pénal qui prévoit l'aggravation des peines lorsque celles ci sont commises par exemple par le conjoint ou le concubin, ou bien encore par un ascendant ou une personne ayant autorité sur la victime. Ces violences peuvent être physiques, psychiques ou sexuelles (*depuis la loi du 9 juillet 2010 relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants. Violences psychiques prévues par l'article 222-14-3 du Code pénal*).

Le personnel hospitalier prenant en charge les victimes de violences conjugales ou intra-familiales informe celles-ci de leurs droits :

- déposer une plainte, le cas échéant en mettant à disposition un téléphone pour aviser les services de police ou de gendarmerie,
- bénéficier du soutien d'associations d'aide aux victimes, avant le dépôt de plainte au SCJE (Maison des Habitants 1^{er} étage – Place de la République– 62210 AVION - ☎ 03.____.____) et après le dépôt de plainte au TGI de BETHUNE (Place Lamartine – 62407 BETHUNE - ☎ 03.____.____),
- bénéficier de celui de l'assistante sociale de l'hôpital,
- être assisté d'un avocat.

Si la victime en fait la demande auprès du personnel hospitalier, les violences conjugales ou intra-familiales alléguées font l'objet d'un signalement au procureur de la République

Lorsque la victime est incapable de s'exprimer ou refuse la révélation des faits présumés, le signalement doit être fait d'office dès lors qu'elle est incapable de se protéger en raison de son âge, état physique ou psychique. Pour évaluer l'incapacité physique ou psychique de la victime, il faut tenir compte de facteurs aussi concrets que l'état de grossesse de la conjointe, la présence d'enfants au foyer, l'état de soumission à l'égard du conjoint violent et les menaces de représailles alléguées.

S'il n'y a pas d'urgence avérée, la détection des violences conjugales ou familiales peut être signalée par le médecin au service de l'aide sociale à l'enfance, au service départemental d'action sociale ou au service départemental de protection maternelle et infantile.

Si le caractère urgent est constaté concernant des faits susceptibles de recevoir une qualification pénale, le cadre de santé avertit le directeur (de garde) qui informera le procureur de la République

Le signalement au procureur de la République permet l'audition sans délai de la victime par les services de police ou de gendarmerie, puis l'interpellation de l'auteur présumé des faits, si possible avant même la levée de son hospitalisation et le retour au domicile conjugal de la victime des violences.

RAPPEL

Obligation de signalement et secret professionnel :

L'article 226-13 du code pénal dispose que «la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende».

L'article 40 du Code de procédure pénale dispose que «Toute autorité constituée, tout officier public ou fonctionnaire qui, dans l'exercice de ses fonctions, acquiert la connaissance d'un crime ou d'un délit est tenu d'en donner avis sans délai au procureur de la République».

L'article 434-1 du Code pénal punit de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende «le fait, pour quiconque ayant connaissance d'un crime dont il est encore possible de prévenir ou de limiter les effets, ou dont les auteurs sont susceptibles de commettre de nouveaux crimes qui pourraient être empêchés, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives».

Le dernier alinéa de l'article 434-1 du Code pénal prévoit toutefois que les personnes astreintes au secret professionnel ne peuvent se voir condamnées sur le fondement de cet article si elles ne procèdent pas au signalement prévu. Cependant ces professionnels sont parfaitement libres de procéder ou non à un tel signalement (Cass. crim., 14 février 1978).

L'article 434-3 du Code pénal réprime le fait de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives, pour quiconque ayant eu connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'atteintes sexuelles infligés à un mineur de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse. La peine encourue est de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende. Cet article prévoit également que, sauf lorsque la loi en dispose autrement, sont exceptées des dispositions qui précèdent les personnes astreintes au secret dans les conditions prévues par l'article 226-13.

IMPORTANT

La détection des violences conjugales et familiales peut faire l'objet d'un signalement aux autorités judiciaires en accord avec les victimes ou même en l'absence de consentement lorsqu'elles ne sont plus en mesure de l'exprimer.

Il convient d'informer les victimes de leurs droits en la matière.

2.4 TENTATIVE DE SUICIDE ET SUICIDE cf. 1.2.7

La tentative de suicide n'est pas une infraction. En revanche, le fait de provoquer autrui au suicide est réprimé par l'article 223-13 du code pénal, les peines étant aggravées par la loi lorsque la victime a moins de 15 ans.

2.4.1 Les personnes hospitalisées après une tentative de suicide

S'il existe un doute sur l'origine des lésions constatées, incompatibles avec la thèse d'une tentative de suicide, un **signalement** peut être adressé au procureur de la République, que la personne soit ou non consciente, et quelle que soit la version des faits, dès lors que la loi autorise la révélation du secret professionnel (présomptions de sévices sur un mineur ou sur une personne vulnérable ou présomptions de crime sur une autre personne, telle que tentative de meurtre).

Le décès d'un patient hospitalisé après une tentative de suicide est une mort soulevant un obstacle médico-légal à l'inhumation qui justifie l'ouverture d'une enquête judiciaire.

En cas d'admission de fonctionnaires de police ou militaires, ou de l'administration pénitentiaire, il devra être fait état de cette situation auprès de leur direction d'emploi - au regard des risques de récidive liés à leur détention personnelle d'une arme de service.

2.4.2 Le suicide au sein du centre hospitalier

Sauf nécessité de porter immédiatement secours à un malade dont la mort ne serait pas certaine et constatée, le corps ne doit pas être déplacé avant l'arrivée de la police et les lieux doivent être préservés en l'état "**gel des lieux**".

Le directeur du centre hospitalier ou le cadre administratif de garde doit être immédiatement informé afin qu'il puisse prévenir les services de police.

Le médecin chef de service devra être informé afin qu'il établisse un rapport sur l'état de santé antérieur du suicidé, sur les consignes de surveillance qui avaient été données, et sur les circonstances du suicide. Le cadre de santé du service, de garde ou de nuit suivant le cas doit également être informé.

Il convient de prévenir le médecin de garde du service qui se conformera aux dispositions de l'article 81 du code civil en avisant l'officier de police judiciaire territorialement compétent, sans préjudice de la constatation par ses soins d'un obstacle médico-légal à l'inhumation.

Sur un plan pratique, un minimum de personnes doit pénétrer dans la pièce. Les personnes concernées restent à la disposition des enquêteurs dès les premières constatations.

Le médecin chef de service ou son représentant devra rédiger un rapport précisant le lieu, l'heure, la position du corps, la nature et la provenance des moyens utilisés, le nom des témoins et le nom des personnels présents dans l'unité de soins. Ce rapport sera transmis au directeur du centre hospitalier.

IMPORTANT

Si, lors de l'admission d'une personne à l'hôpital pour tentative de suicide, des doutes existent quant à la véracité des circonstances de cette tentative, un signalement peut être effectué au procureur de la République.

Le décès d'un patient hospitalisé après une tentative de suicide nécessite l'ouverture d'une enquête judiciaire.

Le suicide au sein du centre hospitalier impose d'adopter une procédure d'information auprès de l'administration qui prévient les services de police et le procureur de la République.

Le maintien en l'état des lieux est indispensable à la conduite de l'enquête.

2.5 GREVE DE LA FAIM

Le refus d'alimentation constitue une liberté individuelle exprimée par l'article 5 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme. La prise en charge des personnes placées dans cette situation varie selon leur statut juridique.

2.5.1 La personne agit en pleine conscience

Lorsqu'il s'agit d'un sujet agissant en pleine conscience, apte à exprimer une volonté ou un consentement; le médecin se trouve confronté à un **conflit d'éthique** partagé entre le devoir d'assistance à personne en danger et le respect du libre choix de l'individu.

Le respect de la déontologie médicale et des textes fondamentaux des droits de l'individu impose un strict respect de la **volonté de la personne**. Dans ce cas, il ne peut être procédé à une alimentation forcée.

2.5.2 La personne est détenue

L'article D 364 du code de procédure pénale interdit toute thérapeutique sans le **consentement** de la personne détenue, sauf lorsque son état de santé le justifie sur décision médicale.

2.5.3 La personne est atteinte de troubles mentaux

Face à l'inaptitude du patient atteint de troubles mentaux à exprimer un consentement (le refus d'alimentation pouvant constituer une manifestation de la maladie mentale), l'équipe médicale doit prendre les mesures nécessaires dans l'intérêt du malade.

IMPORTANT

La grève de la faim est une liberté individuelle renforcée par les dispositions de l'article 16-3 du code civil selon lesquelles "il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité thérapeutique et avec le consentement de l'intéressé hors le cas où son état rend nécessaire une intervention à laquelle il n'est pas à même de consentir". Il convient donc de se référer aux règles éthiques et déontologiques.

2.6 PERSONNES PRIVEES DE LIBERTE

2.6.1 Prise en charge des personnes détenues malades

Rappel :

Les personnes détenues relèvent selon les cas du juge d'instruction, du juge des enfants ou du procureur de la République.

Les personnes condamnées relèvent de l'administration pénitentiaire.

Article 398 CPP : "si la personne est en HO les forces de l'ordre n'ont plus compétence à intervenir".

Les conditions de prise en charge des personnes détenues malades sont soumises au code de procédure pénale dans ses articles D 391 et suivants.

Il est nécessaire de prévenir le directeur afin d'organiser l'admission en concertation avec la police et la justice, en principe dans des chambres sécurisées. A défaut, il conviendra d'hospitaliser la personne dans une chambre où un certain isolement est possible, permettant la surveillance par les services de police ou de gendarmerie sans entraîner de gêne pour l'exécution du service hospitalier ou pour les autres malades.

La prise en charge médicale et soignante est la même que pour un autre malade. Sur le plan éthique et particulièrement vis-à-vis du secret professionnel les règles sont identiques. Les droits du malade tels que définis dans la charte du malade hospitalisé sont respectés.

Les règles du secret professionnel sont les mêmes que celles exigées hors détention (Cf. Chapitre 4).

Les seules restrictions concernant les droits du malade sont celles qui sont imposées par le code de procédure pénale. Les personnes détenues malades doivent pouvoir jouir des mêmes droits au sein de l'hôpital qu'en établissement pénitentiaire. Le directeur de la maison d'arrêt précise ainsi les modalités ou restrictions concernant, notamment, le droit à visite, le droit de téléphoner, la possibilité de regarder la télévision et le droit de lire la presse.

La surveillance et la garde incombent exclusivement aux personnels de l'administration pénitentiaire tant que les personnes détenues malades se trouvent aux urgences mais incombent ensuite aux services de la police ou de la gendarmerie dès que l'hospitalisation est décidée par un médecin. Ces dispositions concernant la surveillance s'appliquent également pour les gardés à vue.

Lorsqu'une hospitalisation sous contrainte à la clinique de psychopathologie fait suite à une période d'hospitalisation en chambre de détenu, ou à un examen au sein des urgences, le personnel chargé de surveillance (administration pénitentiaire, police ou gendarmerie) assure le transfert entre le bâtiment MCO (bâtiment principal) et l'établissement psychiatrique de manière à éviter l'agression du personnel soignant ou l'évasion sur le trajet.

2.6.2 Prise en charge des personnes malades gardées à vue

Les personnes gardées à vue relèvent selon les cas du juge d'instruction, du juge des enfants ou du procureur de la République.

La garde à vue est une mesure de contrainte décidée par un officier de police judiciaire sous le contrôle de l'autorité judiciaire (juge d'instruction, juge des enfants ou procureur de la République) par laquelle une personne à l'encontre de laquelle il existe une ou plusieurs raisons plausibles de soupçonner qu'elle a commis ou tenté de commettre un crime ou un délit puni d'une peine d'emprisonnement est maintenue à la disposition des enquêteurs.

Le magistrat chargé du contrôle de la mesure peut ordonner à tout moment que la personne gardée à vue soit remise en liberté.

Plusieurs hypothèses peuvent être envisagées :

2.6.2.1 La garde à vue a débuté dans un service de police et de gendarmerie et se poursuit à l'hôpital pour des raisons médicales

Il est nécessaire de prévenir le directeur afin d'organiser l'admission en concertation avec la police et la justice, en principe dans des chambres sécurisées. A défaut, le service d'hospitalisation, choisira la chambre la mieux adaptée en fonction de la situation du patient, y compris le cas échéant dans un autre établissement, en informant sans délai les enquêteurs de sa décision.

La prise en charge médicale et soignante est la même que pour un autre patient. Sur le plan éthique et particulièrement vis à vis du secret professionnel les règles sont identiques.

Les droits du patient tels que définis dans la charte du patient hospitalisé sont respectés.

Les règles du secret professionnel n'empêchent pas de communiquer aux enquêteurs les éléments d'ordre administratif tels que la durée prévisible d'hospitalisation ou la sortie prochaine de l'établissement.

Les restrictions concernant les droits du patient sont celles qui sont imposées par le code de procédure pénale. Les visites et communications sont interdites sauf l'entretien avec l'avocat sur autorisation des enquêteurs exclusivement. Le patient ne peut disposer ni du téléphone, ni de la presse ni de la télévision.

Par mesures de sécurité, il devra être porté une attention particulière à la neutralisation des fenêtres et à l'évacuation de tout objet pouvant constituer une arme par destination dès lors qu'il ne présente aucune utilité médicale.

Lorsqu'une mesure de garde à vue aura été levée au cours de l'hospitalisation pour raison médicale et lorsque les services de police ou de gendarmerie en auront fait préalablement la demande d'avis de sortie du patient, il devra être rendu compte auprès de leur service de cette information.

2.6.2.2 La mise en garde à vue d'une personne déjà hospitalisée

Cette mesure est possible au sein de l'établissement toujours selon les mêmes modalités; toutefois il y a certaines procédures spécifiques :

L'officier de police judiciaire se présente au directeur du centre hospitalier (ou cadre administratif de garde) en l'informant de son intention de prendre (après avis médical) une mesure de garde à vue. A partir de ce moment, s'établit une concertation afin de définir précisément les conditions pratiques de cette mesure en respectant les contraintes de la continuité des soins et une certaine discrétion vis à vis des autres patients.

Lorsque l'état de santé du malade n'est pas compatible avec une mesure de garde à vue ou lorsque l'officier de police judiciaire décide de différer le moment du placement en garde à vue en attendant la sortie de la personne concernée, il peut être nécessaire de mettre en place une surveillance. Le transfèrement de la personne gardée à vue vers un plateau technique (bloc, radiologie...) se fait en concertation avec les enquêteurs et les modalités d'accompagnement se font au cas par cas, selon l'appréciation des services de police ou de gendarmerie.

Des mesures de précaution doivent être prises en ce qui concerne la sécurité. Les couverts qui seront fournis pour les repas seront en plastique.

IMPORTANT

L'hospitalisation d'une personne détenue ou d'un gardé à vue doit respecter des règles permettant un certain isolement comprenant des mesures de surveillance par les services de police ou de gendarmerie :

- Les droits du malade parmi lesquels le respect du secret professionnel sont identiques au régime commun des malades hospitalisés; seules des restrictions spécifiques sont imposées par le respect des dispositions du code de procédure pénale.

La personne gardée à vue dont l'état nécessite une hospitalisation est soumise aux mêmes procédures que celles applicables aux personnes détenues :

- La mise en garde à vue d'une personne déjà hospitalisée nécessite une collaboration entre les services soignants, les autorités judiciaires et l'administration de l'hôpital.

Dans tous les cas :

Le recours aux chambres sécurisées est privilégié.

Les visites et communications sont interdites sauf autorisation des autorités policières et judiciaires (*pour les gardés à vue, sinon autorisées pour les personnes détenues en application de la loi pénitentiaire dans les conditions indiquées supra*).

Des mesures de précaution seront prises quant à la sécurité (couverts en plastique, présence si nécessaire de deux soignants au moment des soins, escorte prête à intervenir).

CHAPITRE 3 : GESTION DES INCIDENTS AU CENTRE HOSPITALIER

Toute infraction constatée ou signalée doit faire l'objet d'un avis téléphonique dans les plus brefs délais au commissariat central de Lens qui déterminera les mesures d'urgence à prendre le cas échéant.

En cas d'incident majeur, la direction de l'hôpital peut aviser directement :

- le procureur de la République de BETHUNE ☎ 03.
- le procureur des mineurs de BETHUNE ☎ 03.
- le secrétariat du procureur de la République de BETHUNE ☎ 03.
- la permanence du parquet de BETHUNE 📞 03.

3.1 VOLS ET DEGRADATIONS

3.1.1 Vols ou dégradations au préjudice d'un patient, d'un visiteur ou d'un membre du personnel hospitalier

La victime déposera plainte au commissariat central de Douai. Les fonctionnaires de police se déplaceront si nécessaire auprès du malade hospitalisé afin de recevoir la plainte, après en avoir informé l'administrateur de garde et le médecin chef de service.

En cas de crime ou délit flagrant, la loi reconnaît à toute personne le pouvoir d'appréhender l'auteur des faits (article 73 du code de procédure pénale). L'individu arrêté sera remis aux mains des policiers avisés par la direction de l'hôpital.

La direction de l'établissement prévient les services de police en cas de dégradations des véhicules sur les parkings aux fins de saisine et d'enquête.

3.1.2 Vols ou dégradations au préjudice du centre hospitalier

Le directeur de l'établissement ou son représentant portera plainte auprès du Commissariat Central de police de LENS.

3.1.3 Vols de produits stupéfiants (méthadone, subutex)

Tout vol de médicaments classés comme stupéfiants doit faire l'objet d'une déclaration aux services de la police nationale et de rapports :

- ✓ au responsable du service concerné,
- ✓ au pharmacien,
- ✓ au directeur d'établissement.

3.1.4 Vols d'ordonnances et de tampons

La personne qui constate le délit doit en aviser la direction. La direction de l'établissement informera le Conseil de l'Ordre des médecins et des pharmaciens, ainsi que les services de police aux fins de dépôt de plainte.

3.2 TROUBLES A L'ORDRE PUBLIC, VIOLENCES ET AUTRES INFRACTIONS CONTRE LES PERSONNES

Lorsqu'un malade ou un visiteur dûment averti cause des désordres persistants, le directeur de l'établissement ou son représentant prend avec l'accord du médecin chef de service ou de son représentant, les mesures appropriées qui peuvent aller jusqu'à l'expulsion de l'intéressé, au besoin avec le concours de la force publique. Cette intervention visant à sécuriser le service concerné doit s'effectuer avec discrétion vis à vis des personnes hospitalisées.

L'intervention de la police est nécessaire lorsque sont en jeu la sécurité du personnel ou des malades (ébrioité, menaces, port d'arme...).

D'autre part, la procédure d'hospitalisation d'office à vocation à s'appliquer au sein même de l'établissement à toutes les personnes dont les troubles mentaux compromettent l'ordre public ou la sûreté des personnes (article L 3213-1 du code de la santé publique).

La commission d'infractions au détriment du personnel hospitalier ou de l'établissement public appelle une intervention rapide des services de police afin de rétablir l'ordre public et de pouvoir procéder immédiatement aux investigations indispensables à l'exercice de poursuites judiciaires.

Les médecins ainsi que les personnels hospitaliers sont spécialement protégés par la loi contre les menaces, violences, actes d'intimidation et outrages (articles 222-8 et suivants, 433-3 et 433-5 du code pénal), non seulement en qualité de personnes exerçant une mission de service public mais désormais en qualité de personnes exerçant une activité médicale. Dans ces hypothèses, la loi prévoit des circonstances aggravant les sanctions pénales encourues à l'encontre des auteurs des infractions.

En cas d'atteintes aux personnes (violences, menaces, outrages...) ou aux biens (dégradations, vols), l'appel sans délai aux services de police par le service sécurité permettra aux enquêteurs dépêchés sur place de procéder à l'interpellation du ou des auteurs, de recueillir l'identité des témoins et des victimes, voire de procéder à leur audition sur carnet de déclaration dans la mesure du possible, de saisir tout indice éventuel et prendre des clichés en rapport avec l'infraction (effraction, dégradations...).

La victime peut déposer plainte directement auprès des services concernés et informera le directeur d'établissement de cette démarche. Conformément aux dispositions de statut général de la fonction publique, le directeur pourra faire assister la victime selon la nature et l'importance du préjudice subi.

Si l'agent craint pour sa sécurité, il peut demander à déclarer comme domicile l'adresse du commissariat de police ou de la brigade de gendarmerie ou du centre hospitalier. Le procureur de la République autorise une telle domiciliation (article 706-57 du code de procédure pénale).

Les enquêteurs qui doivent procéder à l'audition d'agents hospitaliers pourront se rapprocher de la direction de l'hôpital qui s'engage à faciliter leur mise à disposition le temps nécessaire au recueil de leur témoignage, sous réserve des nécessités du service.

Le procureur de la République avise le directeur de l'hôpital du résultat des enquêtes sur les faits commis au préjudice de son personnel dans l'exercice de son activité ou de son établissement.

3.3 DECOUVERTE D'UNE ARME

Une obligation est inscrite dans le code de la santé publique : les professionnels de santé informent le préfet du caractère dangereux pour elles mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une. Ce signalement les exonère de toute sanction pénale et disciplinaire liée à la violation du secret professionnel (article 226-14 du code pénal).

Exceptionnellement, il convient d'aviser sans délai la direction de l'hôpital de la découverte d'une arme et l'identité du patient si elle porte des traces apparentes de sang ou si le corps médical suspecte qu'une infraction grave a pu être commise (rapprochement avec un fait divers médiatisé par exemple).

La direction de l'hôpital avisera sans délai le commissariat central de LENS afin qu'une enquête permette toutes les vérifications utiles.

3.3.1 Les armes à feu

En cas de découverte d'une arme à feu, d'un objet incendiaire ou explosif ou de toute arme présentant un danger particulier, la direction de l'hôpital est avisée sans délai de l'incident et de l'identité du patient. Le directeur sollicite l'intervention des services de police afin que l'arme soit sécurisée et que les vérifications nécessaires soient diligentées concernant son détenteur.

En attendant l'arrivée de la police, l'arme sera déposée au PC sécurité.

3.3.2 Les autres armes

De manière générale, les armes de la 6^{ème} catégorie (armes tranchantes : couteau, cutter,... et/ou contondantes : bâton, matraque, poing américain...) seront écartées et ne seront pas restituées aux patients mais déposées à la direction de l'hôpital (PC sécurité).

Face à un patient rétif ou menaçant qui refuse cette mesure, l'appel aux services de police permettra de préserver l'ordre public et de prévenir la commission d'infractions sur le personnel médical.

La remise respectera le secret médical dans la mesure où le nom du patient ne sera pas mentionné. Le responsable sécurité sollicitera à échéances régulières le commissariat central de Douai pour récupérer les armes saisies par lot et procéder à leur destruction administrative. *La remise de ces objets s'effectue selon les mêmes modalités qu'en matière de produits stupéfiants.*

3.4 LA PERSONNE EST PORTEUSE DE DROGUE

Il convient de se référer à la circulaire éditée par le Ministère du travail, de l'emploi et de la santé en date du 13 avril 2011, relative à la conduite à tenir en cas de détention illégale de stupéfiants par un patient accueilli dans un établissement de santé.

Dans le respect des déontologies médicales et soignantes, il n'y a pas lieu de signaler directement auprès des autorités judiciaires la personne détentrice de drogue.

Il convient de faire récupérer par le service sécurité après établissement d'un document de traçabilité toutes les petites quantités de stupéfiants révélant uniquement la toxicomanie du patient, sans faire état de son identité.

La direction de l'hôpital (responsable sécurité) sollicitera le commissariat central de Lens afin que la police nationale récupère auprès du responsable sécurité, les produits saisis contre décharge sur le registre prévu à cet effet.

Face à un patient rétif ou menaçant qui refuse la confiscation de la drogue, l'appel aux services de police permettra de préserver l'ordre public et de prévenir la commission d'infractions au sein de l'établissement hospitalier.

La direction de l'hôpital sera informée par le service concerné de la découverte de stupéfiants d'une quantité importante (plusieurs dizaines de grammes) laissant présumer l'organisation d'un trafic. L'identité du patient lui est communiquée afin qu'elle puisse aviser les services de police.

IMPORTANT

Même s'il n'y a pas lieu de signaler le nom du patient détenteur de drogue en raison de l'obligation pour les personnels des établissements de santé de respecter le secret professionnel, les produits stupéfiants illégaux doivent être remis aux autorités compétentes.

CHAPITRE 4 : LE SECRET PROFESSIONNEL

L'obligation de respecter le secret professionnel, instituée dans l'intérêt du patient, permet d'assurer la confiance nécessaire à l'exercice de la médecine. Elle s'impose non seulement au médecin mais également à tous ceux qui, dans l'exercice de leurs fonctions, participent aux soins et à la mission du service public (article 72 du code de déontologie médicale devenu R 4127-72 du code de la santé publique).

L'article 226-13 du code pénal, sans énumérer la liste des professionnels tenus au secret, sanctionne :

"La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire" d'une peine d'un an d'emprisonnement et de 15.000 € d'amende.

IMPORTANT

Quelle que soit la situation, le praticien peut demander à s'entretenir avec la direction de l'hôpital ou avec le magistrat du parquet de permanence (☎ 03. __. __. __. __6), s'il est confronté à un cas de conscience déontologique.

4.1 Faits COUVERTS PAR LE SECRET

L'article 4 du code de déontologie médicale (article R 4127-4 du code de la santé publique) dispose que

"Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est à dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris".

En revanche, le secret médical ne couvre pas les renseignements administratifs d'un patient. Les personnels hospitaliers sont donc autorisés à délivrer à l'autorité judiciaire comme aux services de police ou de gendarmerie, verbalement et sans demande écrite préalable, des renseignements tels que l'heure prévisible d'examen ou de sortie d'une personne hospitalisée. Voir aussi infra § 4.3.

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 institue une situation particulière de respect du secret puisque le mineur peut garder le secret sur son état de santé qui empêche le médecin de consulter les titulaires de l'autorité parentale (article L1111-5 du code de la santé publique).

Cette même disposition est valable pour la mineure qui veut garder le secret sur une interruption volontaire de grossesse. La loi du 4 juillet 2001 (article L2212-4 du Code de la santé publique) précise que la mineure peut garder secrète cette intervention à l'égard des titulaires de l'autorité parentale, à la condition de se faire accompagner d'une personne majeure de son choix.

4.2 EXCEPTIONS AU PRINCIPE DU SECRET

L'article 226-14 du code pénal mentionne les situations dans lesquelles le secret professionnel est levé.

En cas de mauvais traitements (quelle que soit leur nature : violences physiques, abus sexuels, menaces réitérées, privation de soins, etc.) mettant en danger la vie ou l'intégrité physique d'un

mineur ou d'une personne vulnérable, le médecin et les soignants ont le devoir d'agir en prévenant le procureur de la République.

Les articles 226-13, 226-14 et 434-3 du code pénal répriment en effet le fait pour quiconque, même pour une personne astreinte au secret médical ou au secret professionnel, ayant eu connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'atteintes sexuelles infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives d'une peine de 3 ans d'emprisonnement et 45.000 €.

Pour les mineurs et les personnes incapables de se protéger, non seulement le corps médical est alors délié de l'obligation de secret mais il doit signaler les faits même en l'absence d'accord préalable ou même de refus de la victime.

Quand la victime est majeure et lorsqu'elle n'est pas incapable de se protéger par elle-même, et quand elle a donné son accord, le médecin doit adresser un signalement à l'autorité administrative ou judiciaire lorsqu'il présume des violences physiques, psychiques ou sexuelles.

De manière générale si un danger menace la victime, notamment un risque de réitération de sévices, le délit de non assistance à personne en danger interdit une attitude passive du médecin ou des soignants. L'article 223-6 du code pénal, applicable même aux professionnels de santé soumis au secret, punit *"quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire"* de cinq ans d'emprisonnement et de 75.000€ d'amende.

Les professionnels de la santé sont enfin tenus de signaler à l'autorité administrative le caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.

En plus du signalement aux autorités judiciaires ou administratives, leur intervention peut se traduire par l'hospitalisation de la victime, moyen le plus approprié et le plus efficace pour la protéger temporairement. Le médecin doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger.

Le fait de signaler des mauvais traitements mettant en danger la vie du malade ne revient pas à dénoncer une personne mais consiste à révéler des faits, l'identification de leur auteur relevant de la compétence des services de police ou de gendarmerie saisis pour enquête par le procureur de la République. Dès lors, le signalement régulier aux autorités compétentes interdit toute sanction disciplinaire ou pénale.

La circulaire du ministère de la santé du 20 avril 1973 autorise tout médecin hospitalier à informer le directeur de l'établissement de l'introduction d'armes ou de stupéfiants ou encore de l'admission d'un blessé par balle.

Le directeur de l'établissement, lui, est soumis à l'obligation de prévenir l'autorité judiciaire dès lorsqu'il a connaissance d'un crime ou d'un délit.

Il faut cependant rappeler les termes des articles suivants :

▪ Article 434-1 :

"Le fait pour quiconque ayant connaissance d'un crime dont il est encore possible de prévenir ou de limiter les effets, ou dont les auteurs sont susceptibles de commettre de nouveaux crimes

qui pourraient être empêchés, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45.000 € d'amende".

Sont également exceptées des dispositions du premier alinéa les personnes astreintes au secret dans les conditions prévues par l'article 226-13 ;

En cas d'admission d'une personne blessée par arme à feu, les services hospitaliers devront avisés sans délai les services de police ou de gendarmerie afin de pouvoir diligenter une procédure de découverte d'une personne grièvement blessée.

4.3 éléments non COUVERTS PAR LE SECRET PROFESSIONNEL ET POUVANT être communiqués lors des auditions et demandes de renseignements.

Les personnels de santé sont autorisés à délivrer aux services de police et/ou de gendarmerie verbalement par téléphone sans qu'il y ait besoin d'une réquisition écrite du procureur de la République ou du juge d'instruction les renseignements concernant les personnes prises en charge à l'hôpital :

- L'état civil,
- Le domicile,
- Les numéros de téléphone.
- La situation de sortie
- Le pronostic vital
- Le décès éventuel.

NOTA : En cas de difficulté à obtenir ces informations non couvertes par le secret professionnel, contacter le secrétariat du Directeur (☎ 03.____.____) ou le chargé des relations avec les usagers (☎03.____.____) ou, en dehors des heures ouvrables (9h / 17h30), le Directeur de garde par l'intermédiaire du PC Sécurité ☎ 03.____.____.

IMPORTANT

La loi prévoit des exceptions au secret médical et secret professionnel qui obligent le corps médical à signaler les situations de mauvais traitement et de danger.

PRESOMPTION OU CONSTATATION	OBLIGATION DE SIGNALER	ACCORD PREALABLE DE LA VICTIME
Violences physiques, psychiques ou sexuelles, privation de soins, sur mineur	Oui	NON
Violences physiques, psychiques ou sexuelles, privation de soins, sur personne vulnérable (tutelle, curatelle, maladie, âge, handicap, grossesse, emprise physique ou psychique du conjoint violent pour les violences conjugales)	Oui	NON

Violences physiques, psychiques ou sexuelles, privation de soins, sur une autre personne majeure	OUI	OUI sauf danger lié à un risque de nouveaux faits: pas besoin d'accord
Patients dangereux détenant une arme ou voulant en acquérir une	OUI	NON

CHAPITRE 5 : LA BIOETHIQUE

5.1 DONS ET PRELEVEMENTS D'ORGANES, DE TISSUS, DE CELLULES ET DE PRODUITS DU CORPS HUMAIN

Les prélèvements d'organes, de tissus, de cellules et de produits du corps humains sur donneur vivant et sur personne décédée sont encadrés par la loi bioéthique du 7 juillet 2011 et codifiés depuis aux articles L 1231-1 à L 1274-3 du code de la santé publique.

5.1.1 Prélèvement sur une personne vivante

5.1.1.1 Prélèvement sur les personnes majeures capables

▪ **Don d'organe :**

Principe

Le prélèvement d'organe sur une personne vivante n'est possible que dans l'intérêt thérapeutique direct d'un receveur. Le donneur ne peut être qu'un membre proche de la famille du receveur.

Don au sein de la famille

Le malade peut recevoir un organe de :

- son père ou sa mère,
- son fils ou sa fille,
- son frère ou sa sœur,
- ses grands-parents, oncles ou tantes, cousins ou cousines germaines,
- son conjoint ou une personne avec laquelle, il vit en couple depuis au moins 2 ans.

Don croisé

En cas d'incompatibilité entre la personne ayant exprimé l'intention de donner un organe et le receveur, le donneur et le receveur peuvent se voir proposer le recours à un don croisé d'organes. Celui-ci consiste à mettre en contact deux couples donneur/receveur et à permettre un don entre le donneur du premier couple et le receveur du second couple et l'inverse.

Dans ce cas, l'anonymat entre donneur et receveur est préservé.

Personnes exclues du don d'organe

Aucun prélèvement d'organe, en vue d'un don, ne peut avoir lieu sur une personne vivante mineure ou sur une personne vivante majeure faisant l'objet d'une mesure de protection légale (personne incapable de jouir de ses droits du fait d'une mesure de protection juridique).

Consentement :

En application des dispositions de l'article L1231-1 du code de la santé publique, le donneur est préalablement informé par le comité d'experts mentionné à l'article L1231-3 du même code des risques qu'il encourt et des conséquences éventuelles du prélèvement. Puis, il doit exprimer son consentement devant le président du tribunal de grande instance ou le magistrat désigné par lui. Le juge s'assure au préalable que le consentement est libre et éclairé et que le don est conforme aux textes.

En cas d'urgence vitale, le consentement est recueilli par tout moyen par le procureur de la République (prévu par l'article L 1231-1 Code de la santé publique).

Le consentement est révoquant sans forme à tout moment.

▪ **Prélèvement de tissus et cellules :**

Il existe une restriction quant aux dons de tissus à des fins thérapeutiques :

“Ne pourront être prélevés que les tissus figurant sur une liste établie par décret en conseil d’Etat”.

Personnes exclues du don de tissus ou de cellules : article L1241-2 du code de la santé publique.

Aucun prélèvement, en vue d'un don, ne peut avoir lieu sur une personne vivante mineure ou sur une personne vivante majeure faisant l'objet d'une mesure de protection légale (personne incapable de jouir de ses droits du fait d'une mesure de protection juridique).

Consentement s’agissant du prélèvement de cellules hématopoïétiques issues de la moelle osseuse : article L1241-1 alinéa 3 du code de la santé publique.

Le donneur est préalablement informé par le comité d’experts mentionné à l’article L1231-3 du même code des risques qu’il encourt et des conséquences éventuelles du prélèvement. Puis, il doit exprimer son consentement devant le président du tribunal de grande instance ou le magistrat désigné par lui. Le juge s’assure au préalable que le consentement est libre et éclairé et que le don est conforme aux textes.

En cas d’urgence vitale, le consentement est recueilli par tout moyen par le procureur de la République.

Le consentement est révoquant sans forme à tout moment.

Consentement s’agissant des autres prélèvements de cellules autres que les cellules hématopoïétiques : article L1241-1 alinéa 2 du code de la santé publique

Il faut le consentement écrit du donneur préalablement informé, pour le prélèvement de ces cellules.

Le consentement est révoquant sans forme à tout moment.

Le prélèvement de tissus ou cellule embryonnaires ou foetaux est régi par les dispositions de l’article L1241-5 du code de la santé publique).

5.1.1.2 Prélèvement sur les personnes mineures ou majeures protégées

Par exception au principe interdisant le prélèvement sur des personnes mineures ou majeures protégées, un prélèvement de cellules hématopoïétiques issues de la moelle osseuse peut être fait en l’absence d’autre solution thérapeutique (article L1241-3 et article 1241-4 du code de la santé publique).

La finalité de ce prélèvement doit donc être exclusivement thérapeutique.

Le receveur doit être le frère ou la sœur du donneur mineur ou majeur incapable, ou exceptionnellement un(e) cousin(e) germain(e), un oncle, une tante, un neveu.

▪ **Consentement des prélèvements sur une personne mineure :**

Chacun des titulaires de l'autorité parentale, ou le représentant légal du mineur, doit être informé par un praticien des risques encourus par le mineur et des conséquences éventuelles du prélèvement.

Il doit donner son consentement au président du tribunal de grande instance qui s'assurera du caractère libre et éclairé de la décision.

En cas d'urgence vitale, le consentement est recueilli par tout moyen par le procureur de la République.

Le consentement est révocable à tout moment sous n'importe quelle forme.

Le mineur doit être informé du prélèvement en vue d'exprimer sa volonté, s'il y est apte. Son refus fait obstacle au prélèvement.

L'autorisation d'effectuer le prélèvement est donnée par le comité d'experts.

▪ **Consentement des prélèvements sur personne majeure protégée au profit d'une sœur ou d'un frère :**

S'agissant d'une personne sous tutelle, le prélèvement est subordonné à une décision du juge des tutelles qui se prononce après avoir entendu l'avis de l'intéressé, celui du tuteur et celui du comité d'experts.

S'agissant d'une personne sous curatelle ou sauvegarde de justice, le juge des tutelles entend l'intéressé.

S'il estime que la personne est en état de donner son consentement, le prélèvement est subordonné à une autorisation du comité d'experts après recueil du consentement de l'intéressé. Le refus de l'intéressé fait obstacle au prélèvement.

Sinon, le prélèvement est subordonné à une décision du juge des tutelles se prononce après avoir entendu l'avis de l'intéressé, celui du tuteur et celui du comité d'experts.

▪ **Consentement des prélèvements sur personne majeure protégée au profit d'un(e) cousin(e), d'un oncle, d'une tante, d'un neveu, d'une nièce :**

Seuls peuvent faire l'objet d'un tel prélèvement, les majeurs sous curatelle ou sous sauvegarde de justice et qui doivent avoir été reconnues aptes à consentir au prélèvement par le juge des tutelles après avoir été entendues par lui.

Le consentement est recueilli et l'autorisation de prélèvement est délivrée par le comité d'experts.

Le refus de l'intéressé fait obstacle au prélèvement.

5.1.2 Prélèvement sur une personne décédée

Le régime appliqué au prélèvement de tissus ou de cellules et la collecte de produits du corps humain (article L 1232-1 et suivants du code de la santé publique) sur une personne dont la mort est constatée à des fins thérapeutiques ou scientifiques, suit celui du prélèvement d'organe (article L 1241-6 du code de la santé publique).

Rappel : Article L1232-1 du code de la santé publique :

"Le prélèvement d'organes sur une personne dont la mort a été dûment constatée ne peut être effectué qu'à des fins thérapeutiques ou scientifiques.

Ce prélèvement peut être pratiqué dès lors que la personne n'a pas fait connaître, de son vivant, son refus d'un tel prélèvement. Ce refus peut être exprimé par tout moyen, notamment par l'inscription sur un registre national automatisé prévu à cet effet. Il est révocable à tout moment.

Si le médecin n'a pas directement connaissance de la volonté du défunt, il doit s'efforcer de recueillir auprès des proches l'opposition au don d'organes éventuellement exprimée de son vivant par le défunt, par tout moyen, et il les informe de la finalité des prélèvements envisagés.

Les proches sont informés de leur droit à connaître les prélèvements effectués.

L'Agence de la biomédecine est avisée, préalablement à sa réalisation, de tout prélèvement à fins thérapeutiques ou à fins scientifiques".

▪ **Prélèvement sur un mineur ou un majeur sous tutelle :**

Le prélèvement sur un mineur ou un majeur sous tutelle ne peut se faire qu'avec le consentement écrit de chacun des titulaires de l'autorité parentale ou du tuteur. Le consentement écrit d'un seul des titulaires de l'autorité parentale suffit en cas d'impossibilité de consulter l'autre (article L1232-2 du code de la santé publique).

▪ **Procédure :**

Les médecins qui établissent le constat de mort, d'une part, et ceux qui effectuent le prélèvement ou la greffe, d'autre part, doivent faire partie d'unités fonctionnelles ou de services distincts.

L'obligation d'anonymat est la règle entre le donneur et le receveur.

Les conditions de constat de la mort selon les dispositions du code de la santé publique doivent être respectées (articles L 1231-1 à L 1274-3).

Lorsqu'il s'agit d'une mort accidentelle ou suspecte, le coordonnateur du prélèvement contacte le commissaire de police qui prévient le substitut du procureur de permanence. Le procureur de la République peut se concerter avec le médecin légiste.

Le procureur de la République peut le cas échéant interdire les prélèvements pour des raisons médico - légales, ou autoriser ceux - ci en présence d'un médecin légiste en vue de préserver la manifestation de la vérité (arrêté du 27 février 1998 portant homologation des règles de bonnes pratiques relatives aux prélèvements d'organes à finalité thérapeutique sur personnes décédées).

▪ **Le registre national des refus (RNR) :**

La création du registre national des refus (RNR) entré en vigueur le 15 septembre 1998 ne modifie en rien la situation antérieure, qui est celle du consentement présumé et non celle du consentement exprès.

Si l'inscription sur le registre d'une personne décédée interdit le prélèvement, l'absence d'inscription sur ce registre ne dispense pas les médecins de l'obligation légale de rechercher la volonté du défunt

et de recueillir le témoignage de sa famille s'ils n'ont pas connaissance de sa position sur le prélèvement.

Il ne doit pas exister d'obstacles médico -légaux pour les prélèvements d'organes, notamment en cas de mort violente ou suspecte. Dans ces cas, l'autorisation est donnée par le procureur de la République. Toutefois, le procureur de la République peut ordonner une autopsie afin de déterminer les causes de la mort avant d'autoriser le prélèvement thérapeutique.

5.2 RECHERCHE BIOMEDICALE

Préalablement à la recherche biomédicale, il est nécessaire de s'assurer d'un consentement libre, éclairé et exprès.

CHAPITRE 6 : PROCEDURES JUDICIAIRES

Les enquêtes judiciaires sont traitées par les services de police judiciaire (police ou gendarmerie) sous la direction du procureur de la République ou du juge d'instruction qui a délivré une commission rogatoire voire du président du tribunal correctionnel qui a ordonné un complément d'enquête.

En effet, sous le contrôle du procureur de la République, sont diligentées par les services de police et de gendarmerie, les enquêtes préliminaires et les enquêtes sur un crime ou un délit flagrant.

En outre, en application des dispositions de l'article 81 du code de procédure pénale, le juge d'instruction peut procéder à tous les actes utiles à la manifestation de la vérité. Il délègue aux officiers de police judiciaire le pouvoir d'effectuer certains actes (auditions, transports, perquisitions, saisies...) dans le cadre de l'exécution de commissions rogatoires.

6.1 LES AUDITIONS

6.1.1 Auditions des personnes hospitalisées

Dans le cadre d'une enquête pénale, il peut s'avérer nécessaire de procéder à l'audition d'une personne hospitalisée.

La personne entendue peut l'être en qualité de témoin, de victime ou de suspect, auquel cas l'officier de police judiciaire peut être amené à prendre une mesure de garde à vue.

Ni la direction de l'hôpital ni les personnels médicaux ne peuvent s'opposer à ces auditions à moins que l'état du malade ne le justifie. Le médecin est donc obligatoirement consulté par les enquêteurs sur le point de savoir si l'état de santé du malade est compatible avec son audition.

La direction de l'hôpital est informée par les services de police ou de gendarmerie des auditions devant se dérouler dans les établissements du centre hospitalier.

Le chargé des relations avec les usagers ou le responsable de la sécurité qui rendra compte au directeur, est informé par les services de police ou de gendarmerie des auditions devant se dérouler dans les établissements du centre hospitalier.

En son absence, le directeur (jours ouvrés entre 9h et 17h30) ou le directeur de garde (jours ouvrés avant 9h ou après 17h30 ainsi que les samedis dimanches et fériés) en est préalablement avisé.

Coordonnées téléphoniques :

- Chargé des Relations avec les Usagers :
☎ 03.
- Responsable de la sécurité :
☎ 03.
- Directeur (jours ouvrables de 9h à 17h30) :
☎ 03.
☎ 03. via le standard.
- Directeur de garde (jours ouvrables avant 9h, après 17h30 ou les samedis, dimanches, et fériés).
☎ 03. via le PC sécurité (Mise en communication avec le directeur de garde).

6.1.2 Auditions des personnels hospitaliers

Dans le cadre d'une enquête judiciaire, la personne citée comme témoin doit comparaître, prêter serment et déposer sous réserve des dispositions des articles 226-13 et 226-14 du code pénal relatif au secret professionnel.

L'audition peut être réalisée par le juge d'instruction lui-même ou par un officier de police judiciaire agissant sur commission rogatoire de ce magistrat.

Le personnel hospitalier bénéficie des mêmes droits et obligations que ceux accordés à tout citoyen. Toutefois :

- Les services de police ou de gendarmerie peuvent pénétrer dans l'établissement et interroger le personnel après avis préalable au directeur de l'établissement.
- Les auditions des personnels peuvent être effectuées dans un service de police ou de gendarmerie, sur leur lieu de travail au centre hospitalier, ou à leur domicile.
- La direction de l'hôpital est informée des convocations dans les locaux de police du personnel lorsqu'elles sont en rapport avec leur activité professionnelle.
- ✓ Les fonctionnaires astreints de façon générale au secret professionnel sont tenus d'apporter leur témoignage en vertu des dispositions de l'article 40 du code de procédure pénale pour révéler les crimes et délits dont ils ont eu connaissance lors de leurs fonctions (agressions au service des urgences par exemple).
- ✓

6.1.2.1 **Le personnel soignant et le témoignage**

Le médecin et ses collaborateurs ne peuvent être déliés du secret médical qui présente un caractère absolu. La comparution est une obligation dans le cadre d'une enquête ou d'un procès.

Toutefois, pour des raisons qu'il apprécie en conscience, le personnel soignant, dans le cadre d'une procédure judiciaire peut refuser de déposer en se référant à la notion de secret professionnel. **Pour tout ce qui ne concerne pas le secret professionnel, le témoignage ne doit pas :**

- faire obstacle à la manifestation de la vérité
- provoquer d'entrave au bon fonctionnement de la justice
- Conduire à faire condamner un innocent.

Les auditions, remises de documents administratifs ou fournitures de renseignements sont exécutées sur simples instructions orales (Cf. § 6.3).

6.2 PERQUISITIONS ET SAISIES

Que l'enquête soit menée sous la direction du juge d'instruction ou du procureur de la République, les enquêteurs ou les magistrats doivent prendre "*toutes mesures utiles pour que soit assuré le respect du secret professionnel et des droits de la défense*" (articles 56, 76 et 96 du code de procédure pénale).

6.2.1 Perquisition

La perquisition dans le cabinet d'un médecin (on peut y assimiler les services hospitaliers), qu'elle s'inscrive dans le cadre d'une enquête ou d'une information judiciaire, ne peut être effectuée que par un magistrat, juge d'instruction ou procureur de la République ou selon les cas, en présence d'un des membres du Conseil Départemental de l'ordre des médecins qui le représente.

Toutefois, des perquisitions et saisies ne concernant pas l'état de santé d'un patient, ni son dossier médical (fouille de chambre, de local technique, de véhicule) restent soumises au droit commun et ne réclament pas la présence, ni l'accord d'un médecin ou d'un représentant de l'ordre des médecins.

6.2.2 Remise volontaire sur réquisition

Pour éviter la publicité et le désagrément d'une perquisition, la saisie d'un dossier médical peut intervenir sur réquisition des magistrats ou d'un officier de police judiciaire délégué à cette fin (article 77-1-1 du code de procédure pénale), cette fois avec l'accord du médecin qui sera expressément recueilli et joint à la procédure. Toutefois, le médecin peut s'y opposer. En cas de remise volontaire sur réquisition, la présence d'un représentant de l'ordre des médecins n'est pas obligatoire mais pourra être sollicitée par le médecin réquisitionné si cela lui paraît utile.

Il est du devoir des médecins de faciliter la saisie des dossiers médicaux en procédant eux mêmes aux recherches nécessaires, hormis les cas de perquisitions, de manière à éviter la divulgation de renseignements étrangers à l'affaire.

L'arrêté du 5 mars 2004 et l'article R 710-2-2 du code de la santé publique, issu du Décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 énumèrent les documents contenus obligatoirement dans le dossier médical (liste non exhaustive). Les notes personnelles ne sont pas communicables au malade mais font parties intégrantes du dossier médical.

6.2.3 Saisie d'un dossier médical sur commission rogatoire

Un officier de police judiciaire muni d'une commission rogatoire délivrée par un juge d'instruction, peut procéder à la saisie d'un dossier médical sous certaines conditions :

- présence d'un représentant du conseil de l'ordre des médecins (sollicité par les enquêteurs),
- présence du chef de service ou d'un médecin désigné par lui, présence d'un représentant de la direction.

Le dossier est placé sous scellé. Un procès verbal est rédigé par l'officier de police judiciaire et signé par les personnes présentes.

L'enquêteur peut prendre contact avec la personne chargée des relations avec les usagers (☎ 03. __. __. __. __.) afin d'organiser la remise du dossier.

6.3 REQUISITIONS : EXAMENS TECHNIQUES OU SCIENTIFIQUES, CERTIFICATS MEDICAUX

Dans le cadre d'une enquête pénale, lorsqu'il est nécessaire de procéder à des constatations d'ordre médical ou à des examens techniques ou scientifiques qui ne peuvent être différés (prise de sang, examen de la victime, examen clinique médical, examen psychiatrique...) le juge d'instruction ou le procureur de la République ou les officiers de police judiciaire ont recours à toutes personnes qualifiées.

La réquisition doit être écrite. En cas d'urgence, elle sera verbale suivie à bref délai d'un écrit ou faxé :

- au service de sécurité ☎ 03.
- à la direction générale ☎ 03.

L'original de la réquisition sera remis ou adressé par voie postale à la personne requise accompagné le cas échéant d'un mémoire de frais permettant son indemnisation.

Les personnes requises prêtent serment d'apporter leur concours à la justice en leur honneur et leur conscience, dans le cas où elles ne sont pas inscrites sur une liste d'experts (articles 60 et 77-1 du code de procédure pénale, article 74 concernant les examens de cadavres et autopsies). Les médecins et personnes appelées à prêter leur concours ont l'obligation de déférer à ces réquisitions sous peine d'amende (article L 4163-7 du code de la santé publique et R 642-1 du code pénal).

6.3.1 Le médecin ne peut refuser de répondre à ces réquisitions que dans quatre hypothèses

- S'il est le médecin traitant de la personne à examiner (article 105 du code de déontologie médicale) ;
- S'il est parent de cette personne ;
- S'il estime que la personne concernée n'est pas en état de subir l'examen ou le prélèvement demandé ;
- S'il estime ne pas avoir la compétence nécessaire.

Les résultats de l'examen sont communiqués dans les plus brefs délais sous forme de certificat et si nécessaire oralement à l'autorité requérante.

6.3.2 Accueil des personnes en état d'ivresse

Les services de police sont tenus d'amener à l'hôpital les personnes trouvées en état d'ivresse sur la voie publique (article L 3813-47 du code de la santé publique).

L'ivresse publique et manifeste nécessite la production de certificats de non hospitalisation et de "certificats de comportement".

Les services de police ont l'obligation légale d'obtenir un certificat de non hospitalisation (C.N.H.). La constatation de l'alcoolémie permet de caractériser l'infraction. Cette constatation doit donc se faire dans le délai le plus bref afin d'éviter une modification du taux d'alcoolémie dans le temps.

Sous réserve des nécessités du service hospitalier, le temps d'attente des escortes de police est réduit au minimum et les personnes sont soumises le plus rapidement possible à un examen médical. Le personnel soignant informe, s'il y a lieu, les policiers ou les gendarmes du délai d'attente prévisible.

A la suite de cet examen, la personne est soit hospitalisée, soit remise au service de police ou de gendarmerie qui l'a conduite à l'hôpital. Dans ce cas, un certificat de non hospitalisation est délivré par le médecin de garde ou l'interne.

La prise en charge des personnes en état d'ivresse manifeste sur la voie publique constitue une mesure de service public ne donnant pas lieu à l'établissement d'un mémoire de frais.

IMPORTANT

La responsabilité médicale consiste à déterminer quels sont les sujets qui doivent être maintenus en milieu hospitalier.

Les délivrances de certificat de non hospitalisation sont traitées dans les meilleurs délais en fonction des urgences médicales en cours ou à venir que seul le personnel médical est en mesure d'estimer. Pendant le délai d'attente, l'escorte de police et le(s) personne(s) séjournent dans le local dédié au C.N.H.. Le personnel soignant informe l'escorte du délai d'attente prévisible.

NOTA : En cas d'attente prolongée sans information, l'escorte pourra se renseigner auprès du cadre de soins du service (jours et heures ouvrables), ou du cadre de santé de permanence (dimanches, jours fériés ou nuit).

6.4 EXPERTISES JUDICIAIRES

Lorsque se pose une question d'ordre technique, une expertise peut être ordonnée par la juridiction saisie (juridiction pénale, juridiction civile ou administrative).

L'expert est un collaborateur occasionnel du service public de la justice. Il intervient ponctuellement pour accomplir une mission qui lui est confiée par le juge et ne tire ses pouvoirs que de cette mission.

Il convient de distinguer les expertises judiciaires de celles réalisées par les médecins conseils des compagnies d'assurance qui ne peuvent en aucun cas se prévaloir de la qualité d'expert judiciaire.

6.4.1 Accès de l'expert judiciaire au dossier médical

La question de savoir si un médecin expert peut venir consulter le dossier d'un malade en même temps qu'il procède à son examen sans se voir opposer le secret médical est régie par le décret n° 2002-637 du 29 avril 2002.

En matière civile comme en matière pénale, un médecin expert peut consulter le dossier hospitalier. L'autorisation figure sur l'ordonnance d'expertise du magistrat.

6.4.2 Voies d'accès au dossier médical

➤ **Accès par le patient à son dossier :**

Il s'agit de la procédure d'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels de santé issue de la loi du 4 mars 2002 et du décret du 29 avril 2002 (articles L1111-7 et L1110-4 du code de la santé publique).

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé autorise toute personne à avoir accès aux informations médicales la concernant.

Le décret d'application du 29 avril 2002 et l'arrêté du 5 mars 2004 précisent les modalités.

Les personnes autorisées à demander ces informations sont la personne elle-même, ses ayants droit en cas de décès, les titulaires de l'autorité parentale ou le médecin désigné comme intermédiaire.

Le délai de communication du dossier est de 48 heures minimum et huit jours au plus. Pour les informations datant de plus de cinq ans, le délai est porté à deux mois.

Dans tous les cas, une proposition d'accompagnement médical doit être faite au demandeur.

L'accès au dossier médical peut s'effectuer soit par une consultation sur place, soit par l'envoi de copies aux frais de l'intéressé.

La personne concernée est libre de disposer comme elle l'entend des copies de son dossier : elle peut le transmettre à un expert ou à toute autre personne.

Le professionnel de santé ne peut pas refuser de communiquer les pièces à la personne concernée et il peut y être contraint si celle-ci le demande au besoin par une ordonnance de communication de pièces sous astreinte.

➤ **Accès au dossier par l'expert en matière civile :**

Le juge civil qui ordonne une expertise portant atteinte au secret médical, doit subordonner l'exécution de cette mission à l'autorisation préalable du patient concerné, sauf à tirer toutes conséquences d'un refus illégitime. En effet, le secret médical ne doit pas être utilisé pour éliminer des éléments de preuve contraires aux prétentions d'une partie au procès.

➤ **En matière pénale :**

En cas de nécessité lors d'une enquête pénale, la saisie du dossier est possible. (Cf. § 6.2)

6.4.3 Examens ou prélèvements contre la volonté d'une personne

Les articles 16-1 et 16-3 du code civil érigent en principe l'inviolabilité du corps humain à l'intégrité duquel, il ne peut être porté atteinte qu'en cas de nécessité médicale pour la personne.

Toutefois, le refus de se soumettre à certains examens ou prélèvements imposés par la loi constitue un délit puni de peines d'emprisonnement ou d'amende, notamment dans les cas suivants :

- prélèvement sanguin destiné à prouver l'imprégnation alcoolique d'un automobiliste (article L234-8 du code de la route) ;
- examen corporel ordonné par le président du tribunal de grande instance en cas d'ingestion présumée de stupéfiants (article 60 bis du code des douanes).

Par ailleurs, les juridictions civiles ou pénales tirent toutes conséquences du refus d'une personne à se soumettre à un examen médical ou à produire une pièce destinée à permettre la manifestation de la vérité.

L'article 16-11 du code civil autorise l'identification d'une personne par ses empreintes génétiques dans le cadre d'une procédure judiciaire ou à des fins médicales. Alors que le texte subordonne la mise en œuvre de cette technique au consentement de l'intéressé lorsque l'identification génétique

est recherchée en matière civile ou à des fins médicales ou de recherche scientifique, aucune condition n'est posée en matière pénale.

Les prélèvements sont soumis au consentement de l'intéressé, le refus peut constituer un délit, et pourra être réalisé de force dans certains cas, notamment pour la recherche de maladies sexuellement transmissibles lorsque l'intéressé est l'auteur d'un viol.

IMPORTANT

Accès de l'expert au dossier médical :

L'accès au dossier médical pour les besoins d'une enquête ne peut être réalisé que dans les conditions respectant les règles du secret médical.

En cas de nécessité lors d'une enquête pénale, la saisie du dossier est possible.

Examen et prélèvement contre la volonté d'une personne :

Les examens ou prélèvements ne peuvent être pratiqués qu'avec le consentement du malade. Cependant, le refus de se soumettre à certains examens ou prélèvements imposés par la loi constitue un délit puni de peines d'emprisonnement et d'amende (prélèvement sanguin, examen corporel...)

6.4.4 Autopsies

Dans le cadre du schéma directeur de médecine légale, les autopsies sont actuellement effectuées sur LILLE.

Toutefois, la réalisation exceptionnelle d'un tel acte au CH de LENS obéit aux règles suivantes :

- La présentation du corps à la famille avant l'autopsie est subordonnée à l'accord du procureur de la République ou du juge d'instruction suivant les modalités définies par ce magistrat.
- Sous réserve des nécessités de l'enquête, les corps autopsiés sont restitués à la famille du défunt dans les plus courts délais. Les médecins légistes ayant pratiqué les autopsies s'assurent de la remise en état du corps à l'issue de leurs opérations techniques avant cette restitution.

CHAPITRE 7 : LES SORTIES

7.1 LE REFUS DE SOINS ET SORTIE A L'INITIATIVE DU PATIENT (contre avis médical)

Lorsqu'un malade refuse les soins, interventions, examens ou consultations prescrites par les praticiens qui s'occupent de lui, **se posent deux problèmes** :

- Celui du respect de la volonté du malade lui même.
- Celui de la responsabilité correspondant à la situation.

Le cadre juridique est celui des lois bioéthiques du 29 juillet 1994, de l'article 16-3 du code civil, de l'article 36 du code de déontologie médicale, décret n° 2003-462 du 21 mai 2003 et de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002.

7.1.1 REGLES GENERALES: Quelques points primordiaux et essentiels afin d'appréhender les deux aspects sont à rappeler quant à la liberté du malade et la responsabilité de l'hôpital et des personnels.

- Le principe fondamental est le respect du choix du malade, l'information conditionnant le consentement éclairé.
- Le corollaire direct de ce principe est de connaître et d'apprécier l'aptitude au consentement du malade qui permettra l'expression d'un refus. Le statut juridique joue un rôle capital (mineur, émancipation, majeur protégé, incapable...).
- Dans le cas où le malade persiste à refuser les soins proposés nécessaires à son état, il devra manifester une volonté réitérée d'un refus obstiné.

L'article L 1111-4 du code de la santé publique dispose que :

"Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables".

7.1.1.1 **Cas particulier de la sortie contre avis médical d'une femme enceinte**

La loi ne protège pas l'enfant à naître puisque l'embryon et le fœtus n'ont pas d'existence juridique autonome en dehors de la femme. Ce n'est qu'à la naissance et à condition de naître vivant et viable que la personne acquiert un état civil.

L'assemblée plénière de la Cour de cassation dans un arrêt rendu le 29 juin 2001 considère que les dispositions du code pénal relatives à l'homicide involontaire ne sont pas applicables à l'embryon ou au fœtus. **Cette solution a été confirmée par la chambre criminelle de la Cour de cassation dans un arrêt du 25 juin 2002.**

En conséquence, la femme enceinte est considérée comme tout autre malade et peut librement sortir contre avis médical. Dans l'hypothèse où cette sortie aurait des conséquences dommageables pour le fœtus, la responsabilité du médecin ne saurait être engagée.

7.1.1.2 La procédure doit tenir compte des trois dimensions : administrative, médicale et juridique

Il faut informer oralement de façon claire, loyale et intelligible le malade ou ses parents (s'il s'agit d'un mineur) sur sa pathologie, sur le traitement proposé et sur les risques encourus s'il refuse la prise en charge médicale proposée.

- Si le malade persiste, il doit mettre par écrit les informations données oralement, tout en respectant les règles relatives au secret professionnel.
- La rédaction du document et sa remise au malade sont effectuées en présence d'un tiers soignant. Le caractère impératif de l'information médicale est donné par un médecin.
- La signature par le malade ou son représentant sera précédée par une relecture orale en s'assurant que tous les termes sont compris.
- Si le malade refuse de signer, il faut établir un procès verbal de constat de refus de signer toujours en présence d'un tiers soignant.
- Si le malade est inapte au consentement (ce qui doit être médicalement constaté), seule une mesure d'hospitalisation sous contrainte permet de protéger le malade contre lui même ou contre les autres.

Une fois que toutes les conditions précitées sont réunies et l'information adaptée, la sortie du malade est possible.

- Il faut informer le médecin traitant en lui adressant un courrier lui précisant les conditions de la sortie de son patient.
- Il faut adresser un courrier au malade lui rappelant les nécessités du traitement et lui indiquant la possibilité de revenir sur sa décision. Des consignes claires et précises sont laissées afin de joindre le bon interlocuteur.
- Il faut s'assurer du retour à domicile du malade.

7.1.2 L'exception : le DANGER imminent

En vertu de l'article 223-6 alinéa 2 du Code pénal, quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours commet le délit de non assistance à personne en danger.

L'existence d'un danger grave et immédiat se définit comme un état dangereux ou une situation critique qui fait craindre de graves conséquences imminentes pour la personne qui y est exposée et qui risque, selon les circonstances, soit de perdre la vie, soit des atteintes corporelles graves.

Il appartient à l'établissement de prouver par tout moyen que toutes les mesures possibles ont été mises en œuvre pour apporter les soins nécessaires. Il y a lieu de les consigner dans le dossier médical :

- présence et signature de témoins,
- appel téléphonique au médecin traitant, à la famille ou aux proches

La procédure PS OPC 007-v2 sortie contre avis médical reprend cette notion.

7.2 LA FUGUE OU SORTIE A L'INSU DU SERVICE

La notion de sortie à l'insu du service doit être distinguée de la sortie contre avis médical (à l'initiative du patient) et du refus de soins, bien qu'elle puisse en être dans certains cas la conséquence naturelle.

Néanmoins, la sortie à l'insu du service peut engager sérieusement la responsabilité de l'hôpital selon le contexte et les faits de l'espèce.

Il est nécessaire de connaître le statut du malade :

- Malade au comportement habituel ?
- Malade au comportement agité nécessitant une surveillance spécifique ?
- Mineur ou majeur protégé ?

La réponse à ces questions conditionne la responsabilité de l'établissement qui serait engagée en cas de défaut de surveillance.

7.2.1 Procédure générale

Lorsqu'il s'agit de la sortie à l'insu du service d'un adulte dans les conditions habituelles (par exemple, un malade ayant reçu une prémédication avant intervention chirurgicale), il faut faire effectuer une recherche dans les abords immédiats du service et de sa structure.

Le cadre de santé du service ou de garde doit être informé. En fonction de la gravité, un compte rendu est effectué auprès du directeur (de garde).

Le dossier du patient doit être renseigné.

Lorsqu'il existe un danger grave et imminent pour le patient, un appel téléphonique et une télécopie adressés au commissariat de police de LENS avisent de l'identité et du signalement de la personne ayant quitté sans autorisation le centre hospitalier, et son éventuelle dangerosité.

Pour le centre hospitalier, les mesures font l'objet d'une procédure interne PG OPC 010-v2 «Disparition inexpliquée d'un patient».

7.2.2 Procédures destinées aux mineurs et personnes protégées.

Les mesures suivantes sont mises en œuvre en complément de la procédure générale :

- Alerter les services de police téléphoniquement puis par télécopie (préciser clairement aux autorités la dangerosité ou non pour l'état du malade des conséquences de sa sortie).
- Informer le directeur (de garde).
- Prévenir suivant le cas la famille, le majeur ayant accompagné le patient ou le tuteur.
- Prévenir le médecin traitant.

7.3 LES MODALITES EN CAS DE DECES

Les médecins doivent indiquer sur le certificat de décès si la mort pose ou non un problème médico-légal. Cette formalité permettra la mise en œuvre d'une enquête judiciaire avec éventuellement un examen du corps et une autopsie médico-légale pour préciser les causes de la mort.

En cas de mort naturelle, il n'y a pas d'obstacle médico-légal, qui est une mort attendue soit en raison d'une maladie grave, soit en raison de l'âge. La mort naturelle ne déclenche pas d'enquête judiciaire.

En revanche, certaines morts peuvent poser un problème médico-légal :

- **La mort accidentelle** est celle qui survient par exemple au cours d'accidents de la route, d'accidents du travail, chutes, noyades... Ces morts inattendues peuvent justifier l'ouverture d'une enquête judiciaire et dans certains cas un examen du corps ou autopsie afin d'établir la réalité d'une relation de cause à effet entre l'accident et le décès.
- **cas de blessures par arme à feu ou arme blanche, traces de violences corporelles, décès au cours d'un acte médical hospitalier...** Dans ces hypothèses, le médecin doit avertir le Procureur de la République afin que celui-ci puisse prendre toutes les mesures utiles.
- **Une mort par suicide** ne doit pas être déclarée comme mort naturelle. Derrière un suicide apparent peut se cacher un homicide.
- Certaines morts peuvent apparaître **inexpliquées** (mort subite dans un lieu public) ou **suspectes** (intoxication). En conséquence, lorsque rien ne permet de porter avec certitude un diagnostic en faveur d'une mort naturelle, le médecin ne doit pas hésiter à refuser de signer le certificat de décès, ce qui entraîne automatiquement l'ouverture d'une enquête judiciaire.

IMPORTANT

En cas de difficulté, le médecin peut demander conseil au médecin légiste ou au Procureur de la République.

CHAPITRE 8 : REVISIONS

DATE	PARAGRAPHE CONCERNES	ET	SUJET	SYNTHESE DE LA REVISION

A Lens, le

*Le directeur général
du centre hospitalier
de Lens*

*Le procureur de la République
près le tribunal de grande instance
de Béthune*

*La présidente
du tribunal de grande instance
de Béthune*

*Le commissaire central,
chef de la Circonscription
de Sécurité Publique de Lens
Agglomération*

*Le colonel
commandant en second
le groupement de gendarmerie
du Pas de Calais*

*Le directeur
de la maison d'arrêt
de Vendin*