



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

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

Année 2010

**Observatoire National des Violences en milieu Hospitalier
DGOS-DSR-FG
Février 2011**

fabienne.guerrieri@sante.gouv.fr
Commissaire Divisionnaire
Chargé de mission

netsurvey@atih.sante.fr

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

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

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

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

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

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

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

ANNEE 2006
2690 faits signalés

ANNEE 2007
3253 faits signalés

ANNEE 2008
3433 faits signalés

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

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

ANNEE 2009
4742 faits signalés

Soit une hausse de +38% des signalements à corrélérer avec une hausse de +29% d'établissements déclarants.

Les événements déclarés auprès de l'Observatoire National des Violences en milieu Hospitalier au cours de l'année 2010 sont de :

ANNEE 2010
5090 faits signalés,

soit une hausse de +7%, avec un nombre d'établissements déclarants en baisse de – 8%.

Enfin, aborder la problématique de la violence au sein des établissements de santé impose prudence et définitions préalables car la violence est protéiforme et subjective.

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

L'Observatoire National des Violences en milieu Hospitalier a initialement développé une version du logiciel de remontée des faits de violence (Netsurvey) (septembre 2005), laquelle a rapidement conduit à une modification des critères des informations recueillies (avril 2006), afin notamment de définir un langage plus commun à tous les utilisateurs, et dès lors plus objectif.

Depuis de nouveaux référentiels ont été définis afin d'affiner plus encore les points d'analyses mais le nouveau logiciel n'est toujours pas opérationnel (courant 2011?).

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

→ Atteintes aux biens :

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

Niveau 2 : Vols avec effraction

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

→ Atteintes aux personnes :

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

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

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

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

METHODOLOGIE

L'analyse statistique présentée porte sur 5090 faits déclarés au cours de l'année 2010.

Il reste nécessaire de rappeler les précautions de langage indiquées dans les précédents rapports de l'Observatoire car ce chiffre n'est pas exhaustif pour les mêmes raisons que les années précédentes:

- tous les établissements ne déclarent pas les évènements survenus au sein de leur structure car ils n'ont pas sollicité ou reçu le lien électronique. La très grande majorité des établissements déclarants sont des établissements publics de santé mais les établissements privés déclarants ont manifesté leur volonté de signaler leurs évènements auprès de l'Observatoire car ils souhaitent également faire connaître la problématique relative à la sécurisation au sein de leurs établissements; cependant *l'année 2010 reste une année en demi-teinte face à cette évolution compte-tenu de la difficulté encore présente de généraliser la diffusion de ce lien via les fédérations concernées (FHF / FHP / FEHAP).*
- les établissements utilisant le logiciel de déclaration ne déclarent pas tous de la même façon les évènements subis car une part d'analyse subjective du fait demeure, et le seuil de tolérance à l'agression est très différent d'un personnel à un autre, d'une structure à une autre, d'un établissement à l'autre;
- les déclarations ne sont pas nécessairement réalisées dans les temps initiaux prévus et certaines fiches sont transmises avec des décalages de plusieurs mois, entraînant ipso facto un chevauchement du fait sur l'année civile suivante (donc pas d'enregistrement possible); ce fait s'est particulièrement vérifié au début de l'année 2011 (plus d'une centaine de signalements transmis après la période de clôture, soit après le 17.01.2011).
- les déclarations ne sont pas toutes exploitables car les fiches ne sont pas remplies complètement.

Ces inconvénients, constatés ab initio doivent conduire à la prudence face à toutes les données statistiques présentées dans ce bilan.

Aussi convient-il :

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

Synthèse

La hausse des faits de violence enregistrés au cours des années précédentes perdue en 2010 avec 7.4 % de signalements supplémentaires portés à la connaissance de l'Observatoire National des Violences en milieu Hospitalier, tout en s'accompagnant d'une baisse du nombre des établissements déclarants : - 8% (soit 303 établissements déclarants pour 331 établissements en 2009).

ANNEE 2009
4742 faits signalés

ANNEE 2010
5090 faits signalés

Les analyses réalisées à partir des événements signalés au cours de l'année 2010 traduisent que :

► Les régions qui déclarent le plus de faits de violence ne sont pas nécessairement celles qui enregistrent une criminalité générale la plus importante et plusieurs facteurs influent sur ces données. L'Ile de France redevient la région enregistrant le plus grand nombre de signalements de faits de violence au sein de ses établissements de santé, contrairement aux années antérieures (4^{ème} place en 2009 et 3^{ème} place en 2008).

La Picardie est la 2^{ème} région déclarant le plus grand nombre de faits, notamment **en raison de l'implication accrue de certains établissements de santé (ES) dans cette politique de signalements.**

En revanche, la région Basse-Normandie est en 3^{ème} place (8.45%) en 2010, 8 ES n'ayant pas utilisé le logiciel de déclaration contrairement aux années précédentes (en 2009 : 35 ES / en 2010 : 27 ES).

► **2010 permet d'enregistrer une nouvelle diminution des atteintes aux personnes au sein des services** hospitaliers, alors même que le nombre de faits de violence déclarés au plan national, est en hausse, et ce pour la 2^{ème} année consécutive, **soit -6% en 2 ans.**

► **83 % des violences déclarées sont des atteintes aux personnes**, dont :

- 21 % concernent des insultes, injures
- 15% des menaces
- 46% des coups
- 1% des faits qualifiés crimes.

Corrélativement les atteintes aux biens ont augmenté, et ce sont essentiellement des dégradations légères commises par des patients au sein des services, qui sont en cause.

17% des violences sont des atteintes aux biens, dont : ● 14% concernent des dégradations et des vols simples dans une moindre proportion ● 2% des vols par effraction ● 1% des incendies ou dégradations graves.

► Les 3 services les plus touchés restent **toujours** :

- **la psychiatrie (32% soit - 21% sur 2 ans),**
- **les urgences (13.5% soit -1.3% sur 2 ans),**
- **la médecine générale (16% soit +3% sur 2 ans),** mais, pour chaque service, avec des spécificités qui lui sont propres.

► Concernant les auteurs de ces violences, des évolutions différentes de celles constatées en 2009 apparaissent :

- **le personnel-auteur des violences signalées diminue de - 1.5%** (5.4% en 2010 contre 7% en 2009 et 2008)
- les « visiteurs/accompagnants/autres » représentent toujours plus d'auteurs en cause : 23.3 % des actes réalisés
- quant aux **patients, ils sont auteurs des violences signalées dans 71%** (-2%) des situations et **dans 3 situations sur 4 ces violences s'exercent toujours à l'encontre du personnel soignant.**

Concernant le maintien élevé du nombre de violences exercées par le personnel au sein des services, toute structure confondue, l'Observatoire a analysé la typologie de ces violences et déterminé ainsi qu'il s'agit essentiellement de conflits entre personnel : dans 77 % des cas, soit 5% de plus qu'en 2009 :

- dans 1 situation sur 2, la violence commise par le personnel est une injure/insulte,
- et dans 1 situation sur 3, il s'agit d'une violence physique volontaire portée entre personnels.

Les services de médecine, puis de psychiatrie, puis des urgences, sont les lieux où le personnel est d'avantage auteur de violences, ce qui peut être relié aux conditions de travail propres à ces structures (stress, agressions physiques plus importantes de la part des patients, des visiteurs ou accompagnants).

► A l'inverse, près **de 82 % des victimes des violences exercées sont les personnels des établissements**, soit + 5% en une année, et les violences subies par eux sont des violences physiques dans près de 47 % des cas. Les patients sont victimes dans 13% des situations déclarées (soit -7%).

► Enfin aucun dépôt de plainte n'a lieu dans 86 % des actes violents déclarés et **le taux général de plainte reste faible avec 12 %, tout type d'atteinte confondu (- 1 %)**. Les arrêts de travail : 4.5% et les ITT reconnues : < 2%, bien que ces deux derniers chiffres soient à tempérer par le fait que l'arrêt de travail ou l'ITT n'est pas nécessairement connu au moment de l'envoi de la fiche de signalement.

D'une manière générale, si l'année 2008 avait marqué une hausse des niveaux de violences signalées, l'année **2009 avait permis d'enregistrer une légère diminution des niveaux de violence des faits déclarés, même si ceux-ci sont statistiquement plus nombreux. 2010 corrobore cette tendance pour certains services (urgences) et présente une tendance inverse pour d'autres (psychiatrie : hausse de la gravité des atteintes aux personnes signalées, et service de médecine, mais dans des proportions moindres).**

Ces informations et analyses dégagées doivent conduire à développer au mieux les structures, les actions et les formations afin de pouvoir apporter une réponse adaptée, efficace et protectrice des patients et du personnel.

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

C'est aussi la volonté ministérielle manifestée lors de l'actualisation souhaitée en 2009 du protocole santé-sécurité du 12.08.2005 qui accompagnait la diffusion de la circulaire du 11.07.2005 instaurant le système de signalement des situations de violence.

Cette actualisation s'est concrétisée par le protocole Santé-Sécurité-Justice du 10 juin 2010, dont les nouvelles dispositions assureront un partenariat plus efficace entre les forces de l'ordre, les établissements de santé et les services judiciaires.

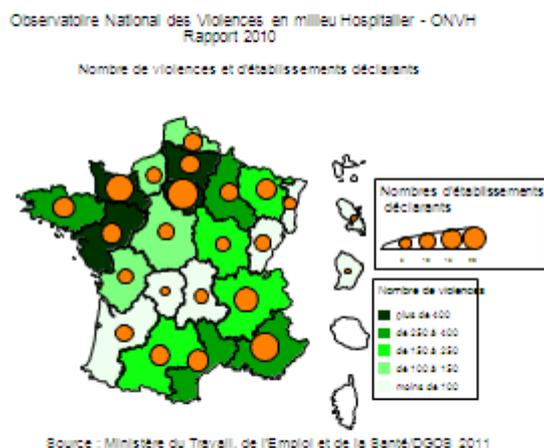
SOMMAIRE

I	ANALYSE GEOGRAPHIQUE.....	11
I.1	Les régions déclarantes.....	11
I.2	Les types d'établissements concernés.....	14
II	ANALYSE PAR INFRACTIONS.....	15
II.1	Les atteintes aux biens.....	16
II.1.1	Généralités.....	16
II.1.2	Analyse affinée.....	17
II.2	Les atteintes aux personnes.....	19
II.2.1	Généralités.....	19
II.2.2	Analyse affinée.....	20
III	TYPOLOGIE PAR STRUCTURES.....	23
IV	ANALYSE TEMPORELLE.....	25
IV.1	Par mois.....	25
IV.2	Par créneaux horaires.....	25
V	GESTION DES VIOLENCES.....	27
V.1	Les personnes concernées.....	27
V.1.1	Les auteurs.....	27
V.1.2	Analyse particulière de la situation du personnel auteur.....	29
V.1.3	Les victimes.....	31
V.1.4	Analyse particulière de la situation du personnel victime.....	32
V.2	Les interventions.....	34
VI	CONSEQUENCES DES VIOLENCES.....	36
VI.1	Les suites engagées.....	36
VI.2	Les arrêts de travail.....	37
VI.3	Les ITT.....	38
VII	ANALYSE AFFINEE DES 3 SERVICES LES PLUS EXPOSES AUX SITUATIONS DE VIOLENCE.....	39
VII.1	LES SERVICES DE PSYCHIATRIE.....	39
VII.1.1	Typologie des faits survenus en psychiatrie.....	40
VII.1.1.1	Les atteintes aux biens.....	41
VII.1.1.2	Les atteintes aux personnes.....	42
VII.1.2	Temporalité des faits survenus en psychiatrie.....	44
VII.1.3	Typologie des personnes concernées.....	46
VII.1.3.1	Les auteurs.....	46
VII.1.3.2	Les victimes.....	47
VII.1.4	Typologie des interventions dans la gestion des évènements.....	47
VII.1.5	Gestion des faits survenus en psychiatrie.....	49
VII.1.5.1	Les suites générées.....	49
VII.1.5.2	Les arrêts de travail.....	50
VII.1.5.3	Les incapacités temporaires de travail.....	50
VII.2	LES SERVICES DES URGENCES.....	52
VII.2.1	Typologie des faits survenus aux urgences.....	52
VII.2.1.1	Les atteintes aux biens.....	53
VII.2.1.2	Les atteintes aux personnes.....	54
VII.2.2	Temporalité des faits survenus aux urgences.....	56
VII.2.3	Typologie des personnes concernées.....	58

VII.2.3.1	Les auteurs	58
VII.2.3.2	Les victimes	59
VII.2.4	Typologie des interventions dans la gestion des évènements.....	60
VII.2.5	Gestion des faits survenus aux urgences.	61
VII.2.5.1	Les suites générées.....	61
VII.2.5.2	Les arrêts de travail	61
VII.2.5.3	Les incapacités temporaires de travail.	62
VII.3	LES SERVICES DE MEDECINE GENERALE	63
VII.3.1	Typologie des faits survenus en médecine générale.....	63
VII.3.1.1	Les atteintes aux biens	64
VII.3.1.2	Les atteintes aux personnes.....	66
VII.3.2	Temporalité des faits survenus en médecine générale.....	68
VII.3.3	Typologie des personnes concernées.....	70
VII.3.3.1	Les auteurs	70
VII.3.3.2	Les victimes	71
VII.3.4	Typologie des interventions dans la gestion des évènements.....	72
VII.3.5	Gestion des faits survenus en médecine générale.....	73
VII.3.5.1	Les suites générées	73
VII.3.5.2	Les arrêts de travail	74
VII.3.5.3	Les incapacités temporaires de travail	74
VIII	CONCLUSION – PERSPECTIVES	76

I ANALYSE GEOGRAPHIQUE

I.1 Les régions déclarantes



Les régions les plus foncées sont celles qui signalent le plus de faits de violence vécus ou subis au sein de leurs établissements de santé, selon les termes de la circulaire du 11.07.2005

Plus la région est claire, moins les signalements de violence sont déclarés.

Les régions ne déclarent pas de manière similaire et de grandes disparités dans les signalements réalisés sont maintenues.

Plusieurs facteurs interviennent dans ce constat, mais le facteur majeur demeure l'investissement des ARS dans la politique de prévention et de lutte contre les violences en milieu hospitalier, associé à la politique mise en œuvre localement par les directeurs d'établissements.

Région - 2010	Nombre de départements	Nombre d'établissements	Rappel 2009	Nombre de signalements	%
Ile-de-France	7	33	35	613	12,04%
Picardie	3	13	13	560	11,00%
Basse-Normandie	3	27	35	430	8,45%
Pays de la Loire	5	16	12	402	7,90%
Champagne-Ardenne	4	13	16	359	7,05%
Languedoc-Roussillon	5	15	14	353	6,94%
Bretagne	4	18	30	328	6,44%
PACA	6	30	31	283	5,56%
Bourgogne	4	7	7	242	4,75%

Rhône-Alpes	7	22	24	224	4,40%
Midi-Pyrénées	7	14	13	222	4,36%
Lorraine	4	15	13	204	4,01%
Nord-Pas-de-Calais	2	12	14	147	2,89%
Centre	5	10	9	145	2,85%
Poitou-Charentes	4	9	11	137	2,69%
Haute-Normandie	2	9	11	110	2,16%
Franche-Comté	4	9	8	88	1,73%
Aquitaine	4	11	8	85	1,67%
Alsace	2	7	6	83	1,63%
Guyane	1	1	1	33	0,65%
Auvergne	4	8	16	32	0,63%
Limousin	2	3	1	7	0,14%
Martinique	1	1	1	3	0,06%
Total	90	303	331	5090	100,00%

La trilogie des 3 régions les plus déclarantes est modifiée pour l'année 2010 :

► La région Ile de France redevient la 1^{ère} région déclarante avec 12% des faits signalés (soit 613 faits), alors qu'elle était en 4^{ème} place en 2009 avec 9.3% (soit 441 faits). Pourtant 2 établissements de l'AP-HP n'ont pas déclaré de violences au cours de l'année 2010, ce qui peut légitimement permettre de considérer que le nombre de faits de violence vécus ou subis au sein de cette structure, ont augmenté au cours de l'année 2010 (les établissements de l'AP-HP déclarent depuis la circulaire de 2005).

► La Picardie reste la 2^{ème} région, comme en 2009, avec 11% des faits (soit 560 déclarations). Statistiquement l'évolution est cependant de +0.9%, soit 79 faits déclarés en plus. Cette augmentation résulte à la fois d'un établissement nouveau déclarant, et d'un doublement des faits signalés par le CHU d'Amiens, directement en lien avec l'arrivée d'un chargé de sécurité fin 2009, très impliqué avec sa direction, dans la politique de prévention et de gestion des violences.

► La Basse-Normandie n'est plus la 1^{ère} région déclarante (11% en 2009) mais la 3^{ème} avec 8.5%, soit 99 faits de violence en moins. Cependant 9 établissements de cette région n'ont pas réactivé le lien de déclaration au cours de l'année 2010.

Cette dimension ne permet pas d'en déduire nécessairement une aggravation ou une amélioration de la situation au sein des régions, compte-tenu de la fluctuation des établissements de santé déclarants (ES)

Ainsi certaines régions marquent une perte significative d'établissements déclarants :

- La Bretagne : - 12 ES (2009: 30 / 2010:18)
- La Basse-Normandie : - 8 ES (2009:35 / 2010:27).
- L'Auvergne : - 8 ES (2009:16 / 2010:8).

L'implication des ARS dans les politiques de prévention et de gestion semble être incontournable dans la mise en œuvre et le respect pérenne de la circulaire du 11.05.2005, le nombre de signalements réalisés ne dépendant pas du seul nombre d'établissements déclarants leurs faits de violence, mais aussi de la réelle dynamique créée par les politiques adéquates et adaptées initiées pour enrayer le phénomène signalé.

	2006	2007	2008	2009	2010
Nbre d'ES	274	250	257	331	303

Enfin il convient de ne pas oublier que la hausse de ces statistiques est aussi nécessairement liée aux faits que :

- les établissements utilisant le logiciel Netsurvey depuis des années ont mieux intégré le volet violence et déclarent plus systématiquement et régulièrement les faits survenus,
- le seuil de tolérance du personnel soignant peut avoir diminué,
- les faits de violence ont objectivement augmenté au sein de certains établissements selon le ressenti du personnel.

I.2 Les types d'établissements concernés.

Catégorie d'établissements	Nombre d'établissements	Nombre de signalements	%
CHR	11	450	8,84 %
APHP	1	3	0,06 %
CH > 70M€	29	911	17,90 %
CH 20-70M€	42	834	16,39 %
CH < 20M€	55	543	10,67 %
CHS	38	1125	22,10 %
HL	15	86	1,69 %
Autres	112	1138	22,36 %
Ensemble	303	5090	100,00 %

Le nombre d'établissements respectant les termes de la circulaire du 11 juillet 2005 est en diminution en 2010 : - 8.4%, alors que le nombre de faits de violence signalés est en hausse : + 7.4%.

La répartition des établissements selon leur nature est la suivante :

→ Structures relevant de la psychiatrie (en rose) :

- 2009 : les établissements spécialisés en psychiatrie (soit 12.6 %) déclarent 28.2 % des fiches signalées
- 2010 : les établissements spécialisés en psychiatrie (soit 12.5 %) déclarent 22.1 % des fiches signalées

→ Structures hors psychiatrie :

- 2009 : 87.4 % des établissements déclarent 71.8 % des faits signalés.
- 2010 : 87,5 % des établissements déclarent 77.9 % des faits signalés

Comme pour 2009, il convient de remarquer la part occupée par les établissements exerçant en psychiatrie: elle a diminué en pourcentage en ce qui concerne les événements de violence vécus ou subis au cours de l'année 2010, (alors même que le nombre d'établissements déclarants est quasiment identique à celui de 2009), et la part occupée par la psychiatrie est encore nettement en recul cette année : - 6 points, soit 22 %.

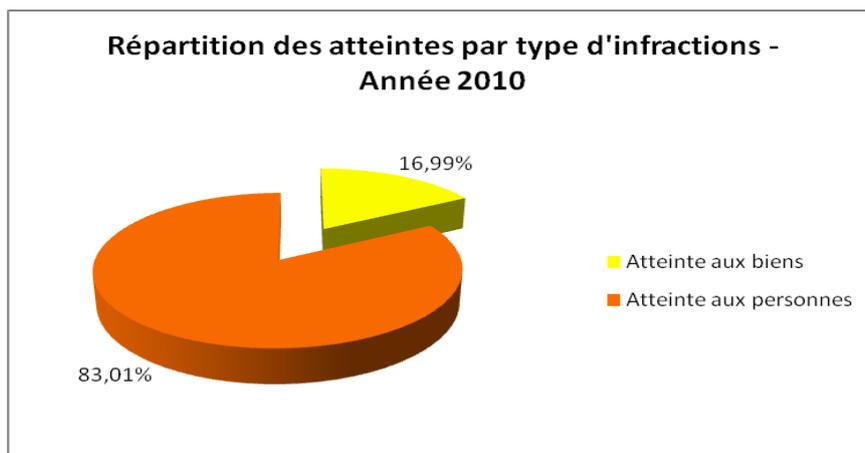
Cependant les services de psychiatrie demeurent les services les plus exposés aux manifestations de violence.

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

II ANALYSE PAR INFRACTIONS

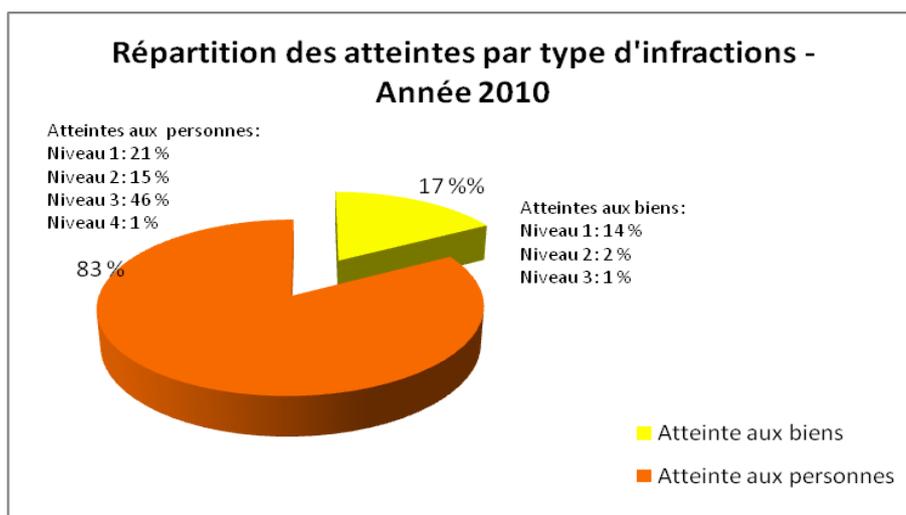
En 2010, ce sont 5090 évènements qui ont été déclarés auprès de l'Observatoire, soit + 7.33% de faits supplémentaires survenus au sein de 303 établissements de santé (soit 28 établissements de moins qu'en 2009).

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



Les atteintes aux personnes diminuent de – 2%, au profit des atteintes aux biens, ce qui induit un recul des atteintes faites aux personnes de – 6% depuis 2 ans.

Les analyses suivantes permettent de déterminer sur quelles infractions porte ce transfert :



La répartition des faits par niveaux d'agressions reste identique à celle de 2009 avec toujours la prédominance : des coups, puis des injures, puis des menaces. Concernant les atteintes aux biens, ce sont toujours essentiellement des vols simples.

II.1 Les atteintes aux biens.

II.1.1 Généralités.

Les atteintes aux biens recensées au cours de l'année 2010 représentent 17% des déclarations, soit + 4% en 2 ans (2008-2010).

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

Structures - Analyse générale 2010	Atteintes aux biens	Nombre général d'atteintes aux biens	%
Psychiatrie	123	1612	7.63%
Médecine	237	814	2.91%
Autres	122	807	15.11%
Urgences	76	686	11.07%
Extérieur établissement / sous-sol / jardin / parking	138	267	51.68%
USLD / EHPAD	16	233	6.86%
Accueil, standard	38	133	28.57%
SSR	12	106	11.32%
Chirurgie	22	86	25.58%
Foyer d'enfance / Adolescents	2	73	2.73%
Gynécologie, obstétrique, maternité	22	72	30.55%
Pédiatrie, Néonatalogie	17	70	24.28%
SSIAD / domicile du patient	0	32	0,00%
Vestiaires	13	15	86.66%
Rééducation	1	13	0.76%
Réanimation	4	11	36.36%
Services techniques, sécurité	7	11	63.63%
Bureau du personnel	6	9	66.66%
Pharmacie	5	9	55.55%
UCSA	2	9	22.22%
Alcoologie	0	6	0,00%
UHCD / UHTCD	0	6	0,00%
Addictologie	1	5	20,00%
Laboratoire	1	5	20,00%
Ensemble	865	5090	

Rose : services majoritairement touchés par les atteintes aux biens

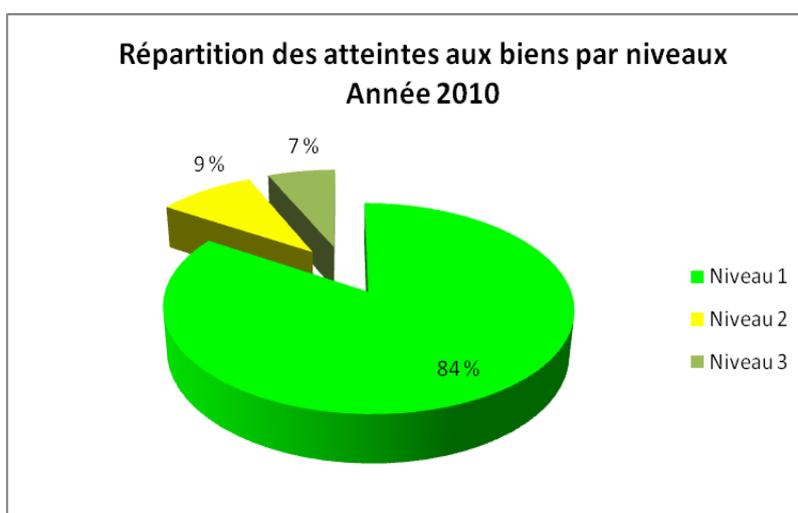
Les services majoritairement concernés par les atteintes aux biens sont toujours les mêmes (en rose) :

- le bureau du personnel et les vestiaires,
- les services techniques et les extérieurs de l'établissement.
- la pharmacie.

Sachant que les faits dénoncés concernent principalement des vols (plus de 8 atteintes aux biens sur 10, une sensibilisation et une vigilance accrue du personnel doivent permettre de réduire ces phénomènes (incidence sur le climat au travail). Les variations d'une année sur l'autre sont faibles ; il ne semble pas qu'une réelle prise de conscience au sein des établissements de santé ait permis de développer cette vigilance accrue, notamment auprès du personnel.

II.1.2 Analyse affinée.

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



Niveau de Gravité –Analyse générale 2010	Atteintes aux Biens	%
Niveau 1	727	84,05 %
Niveau 2	81	9,36 %
Niveau 3	57	6,59 %
Total	865	100,00 %

Niveau de Gravité - Analyse générale 2010	Atteintes aux Biens	Nb. Signalements
Niveau 1	Dégradations de véhicules sur parking intérieur de l'établissement (hors véhicules brûlés)	99
	Dégradations légères	190
	Vols sans effraction	438
Niveau 1		727
Niveau 2	Vols avec effraction	81
Niveau 2		81
Niveau 3	Dégradations ou destruction de matériel de valeur (médical, informatique, imagerie médicale,...)	31
	Dégradations par incendie volontaire (locaux, véhicules sur parking intérieur de l'établissement)	23
	Vols à main armée ou en réunion (razzia dans le hall d'accueil,...)	3
Niveau 3		57
Total des atteintes aux biens		865

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

Conformément à l'analyse de 2009, cette donnée doit être un axe de réflexion indispensable car de tels faits *contribuent à la dégradation du climat sur le lieu de travail lorsqu'ils sont au détriment des personnels et à la dégradation de la qualité de l'accueil des patients lorsque ces derniers en sont les victimes*. Or des mesures parfois simples de sécurité ou de vigilance peuvent permettre d'améliorer ces situations.

Cette analyse est corroborée par la hausse de +2% des vols avec effraction (niveau 2).

A noter que si le niveau le plus élevé (niveau 3) a diminué de -1.5%, ce sont les dégradations importantes qui génèrent cette baisse car les incendies au sein des établissements de santé demeurent une réalité constante (+ 4%, soit + 3 incendies recensés ; beaucoup d'incendies ont lieu dans les chambres des patients hospitalisés en structures psychiatriques) et 1 vol à main armée supplémentaire a été déclaré (2 en 2009 / 3 en 2010; il s'agit de vols violences réalisés sur les extérieurs des établissements concernés).

Ces constats doivent impérativement induire les politiques de sécurisation menées au sein des établissements de soins, lesquels peuvent se retrouver au cœur des phénomènes sociaux dans leurs dimensions les plus violentes (phénomène de bandes, incendies volontaires), 2010 mettant en exergue une vigilance insuffisante à l'égard d'évènements contre lesquels il est possible de réduire leur expression.

Il convient donc de poursuivre la réflexion sur la sécurité intérieure des locaux.

II.2 Les atteintes aux personnes.

II.2.1 Généralités.

De manière mathématique, les atteintes aux biens ayant augmenté, les atteintes aux personnes ont diminué corrélativement de 2 %, alors même que le nombre de signalements déclarés auprès de l'Observatoire pour l'année 2010 a augmenté.

Structures – Analyse générale 2010	Atteintes aux personnes	Nombre de signalements	Pourcentage
Psychiatrie	1489	1612	92.36%
Autres	685	807	84.88%
Urgences	610	686	88.92%
Médecine	577	814	70.88%
USLD / EHPAD	217	233	93.13%
Extérieur établissement / sous-sol / jardin / parking	129	267	48.31%
Accueil, standard	95	133	71.42%
SSR	94	106	88.67%
Foyer d'enfance / Adolescents	71	73	97.26%
Chirurgie	64	86	74.41%
Pédiatrie, Néonatalogie	53	70	75.71%
Gynécologie, obstétrique, maternité	50	72	69.44%
SSIAD / domicile du patient	32	32	100%
Rééducation	12	13	92.30%
UCSA	7	9	77.77%
Réanimation	7	11	63.63%
UHCD / UHTCD	6	6	100%
Alcoologie	6	6	100%
Services techniques, sécurité	4	11	36.36%
Pharmacie	4	9	44.44%
Laboratoire	4	5	80%
Addictologie	4	5	80%
Bureau du personnel	3	9	33.33%
Vestiaires	2	15	13.33%
Ensemble	4225	5090	

Rose : services majoritairement touchés par les atteintes aux personnes

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

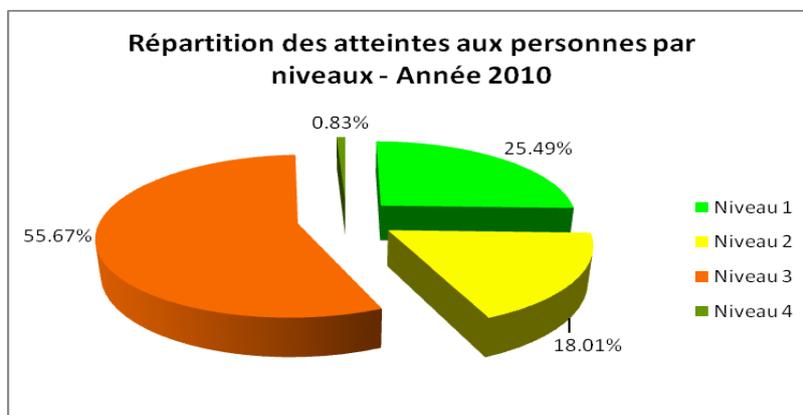
Mais certains services marquent des évolutions importantes :

- La médecine enregistre + 3.3 % d'agressions physiques supplémentaires
- Les extérieurs des établissements de santé enregistrent +12,7% de violences physiques

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

II.2.2 Analyse affinée.

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



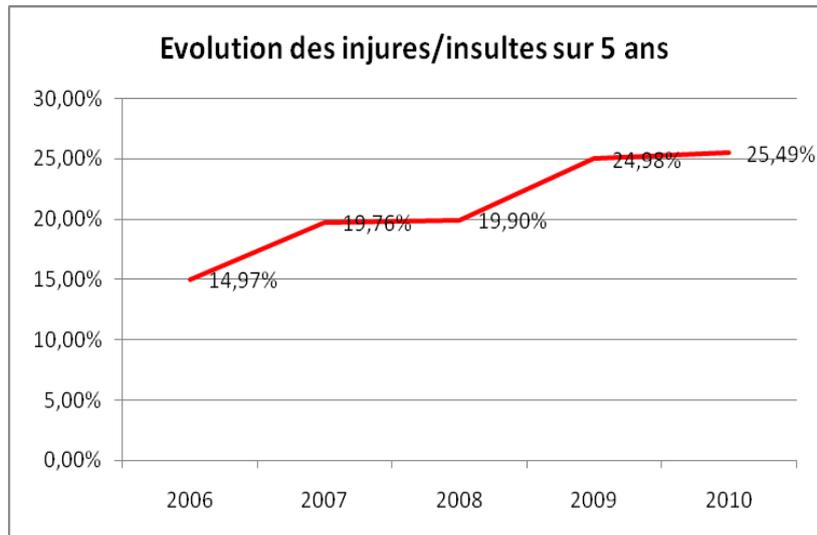
Niveau de Gravité –Analyse générale 2010	Atteintes aux personnes	%
Niveau 1	1077	25,49 %
Niveau 2	761	18,01 %
Niveau 3	2352	55,67 %
Niveau 4	35	0,83 %
Total	4225	100,00 %

Niveau de Gravité - Analyse générale 2010	Atteintes aux personnes	Nb. Signalements	%
Niveau 1	Chahuts, occupations des locaux, nuisances, salissures	55	1.3%
	Exhibition sexuelle	10	0.23%
	Injures, insultes et provocations sans menace (propos outrageants, à caractère discriminatoire ou sexuel)	954	22.57%
	Injures, insultes et provocations sans menace (propos outrageants, à caractère discriminatoire ou sexuel)/Chahuts, occupations des locaux, nuisances, salissures	57	1.34%
	Injures, insultes et provocations sans menace (propos outrageants, à caractère discriminatoire ou sexuel)/Exhibition sexuelle	1	-
Niveau 1		1077	25.49%
Niveau 2	Consommation ou trafic de substances illicites (stupéfiants) ou prohibées en milieu hospitalier (alcool)	14	0.33%
	Menaces d'atteinte à l'intégrité physique ou aux biens de la personne	536	12.68%

	Menaces d'atteinte à l'intégrité physique ou aux biens de la personne/Consommation ou trafic de substances illicites (stupéfiants) ou prohibées en milieu hospitalier (alcool)	7	0.16%
	Menaces d'atteinte à l'intégrité physique ou aux biens de la personne/Menaces de mort	67	1.58%
	Menaces d'atteinte à l'intégrité physique ou aux biens de la personne/Menaces de mort/Consommation ou trafic de substances illicites (stupéfiants) ou prohibées en milieu hospitalier (alcool)	4	-
	Menaces d'atteinte à l'intégrité physique ou aux biens de la personne/Menaces de mort/Port d'armes (découverte d'armes lors d'un inventaire ou remise spontanée ou présence indésirable dans les locaux)	1	-
	Menaces d'atteinte à l'intégrité physique ou aux biens de la personne/Menaces de mort/Port d'armes (découverte d'armes lors d'un inventaire ou remise spontanée ou présence indésirable dans les locaux) / Consommation ou trafic de substances illicites (stupéfiants) ou prohibées en milieu hospitalier (alcool)	1	-
	Menaces d'atteinte à l'intégrité physique ou aux biens de la personne/Port d'armes (découverte d'armes lors d'un inventaire ou remise spontanée ou présence indésirable dans les locaux)	7	0.16%
	Menaces de mort	107	2.53%
	Menaces de mort/Consommation ou trafic de substances illicites (stupéfiants) ou prohibées en milieu hospitalier (alcool)	1	-
	Menaces de mort/Port d'armes (découverte d'armes lors d'un inventaire ou remise spontanée ou présence indésirable dans les locaux)	5	-
	Port d'armes (découverte d'armes lors d'un inventaire ou remise spontanée ou présence indésirable dans les locaux)	11	0.26%
Niveau 2		761	18.01%
Niveau 3	Agression sexuelle	26	0.61%
	Menaces avec arme par nature ou par destination (arme à feu, arme blanche, scalpel, rasoir, tout autre objet dangereux)	47	1.11%
	Violences volontaires (atteinte à l'intégrité physique, bousculades, crachats, coups)	2259	53.46%
	Violences volontaires (atteinte à l'intégrité physique, bousculades, crachats, coups)/Agression sexuelle	1	-
	Violences volontaires (atteinte à l'intégrité physique, bousculades, crachats, coups)/Menaces avec arme par nature ou par destination (arme à feu, arme blanche, scalpel, rasoir, tout autre objet dangereux)	19	0.44%
Niveau 3		2352	55.66%
Niveau 4	Tout autre fait qualifié de crime (meurtre, violences volontaires entraînant mutilation ou infirmité permanente,...)	11	0.26%
	Viol	3	-
	Violences avec arme par nature ou par destination (armes blanches, armes à feu, scalpels, rasoir, tout objet dangereux)	21	0.49%
Niveau 4		35	0.82%
Total des atteintes aux personnes		4225	

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

Il convient de noter l'augmentation régulière depuis plusieurs années des injures/insultes au sein des services (niveau 1).



En revanche les menaces (simples ou de mort ou réalisées sous l'emprise de stupéfiants) restent dans les mêmes proportions en 2009 et 2010.

Les violences constitutives de coups ont augmenté de +3% en 2010, contrairement en 2009 qui avait permis d'enregistrer une diminution de celles-ci de - 6%.

Cependant sur ces 5 dernières années, un recul global des atteintes constitutives de coups portés de plus de 4% est enregistré.



Les faits qualifiés crime (niveau 4) ont légèrement diminué (3 viols déclarés / 4 en 2009 et 21 violences avec armes / 25 en 2009).

III TYPOLOGIE PAR STRUCTURES

Tous les services des établissements de santé restent concernés par des actes ou des situations de violence, mais une évolution propre à chaque structure apparaît. Le trio de tête concerne toujours les 3 mêmes services mais avec une modification de l'ordre : si jusqu'en 2009 la psychiatrie était largement représentée, suivie par les urgences et la médecine générale, en 2010 les services de médecine générale sont en 2^{ème} position, les urgences passant en 3^{ème} place.

Ces trois services seront analysés en détail supra (VII.).

Structures – Analyse générale 2010	Nombre de signalements	%
Psychiatrie	1612	31,67 %
Médecine	814	15,99 %
Autres	807	15,85 %
Urgences	686	13,48 %
Extérieur établissement / sous-sol / jardin / parking	267	5,25 %
USLD / EHPAD	233	4,58 %
Accueil, standard	133	2,61 %
SSR	106	2,08 %
Chirurgie	86	1,69 %
Foyer d'enfance / Adolescents	73	1,43 %
Gynécologie, obstétrique, maternité	72	1,41 %
Pédiatrie, Néonatalogie	70	1,38 %
SSIAD / domicile du patient	32	0,63 %
Vestiaires	15	0,29 %
Rééducation	13	0,26 %
Réanimation	11	0,22 %
Services techniques, sécurité	11	0,22 %
Bureau du personnel	9	0,18 %
Pharmacie	9	0,18 %
UCSA	9	0,18 %
Alcoologie	6	0,12 %
UHCD / UHTCD	6	0,12 %
Addictologie	5	0,10 %
Laboratoire	5	0,10 %
Total	5090	100,00 %

Des évolutions significatives sont enregistrées en 2010, certains services se trouvant d'avantage impactés que par le passé par des manifestations de violence, alors que d'autres, traditionnellement fortement touchés, accusent une diminution certaine.

Cette dernière constatation n'est pas liée au fait qu'il y ait une hausse des signalements mais résulte d'une réalité de terrain puisqu'il s'agit du nombre d'évènements signalés qui est en baisse et non le ratio sur l'ensemble des faits généraux.

1.1. Les services enregistrant une diminution des violences signalées

- La psychiatrie enregistre une diminution des violences de – 7.8 % avec - 258 faits au cours de l'année 2010. Il s'agit essentiellement d'atteintes aux personnes (cf. II.2.1)
- Les urgences totalisent en 2010 13.5 % de l'ensemble des faits vécus au sein des établissements de santé, contre 14.8 % en 2009
- Les unités USLD/EHPAD ont déclaré – 3.5 % de violences (- 148 faits déclarés)

Les services de psychiatrie enregistrent une diminution des violences signalées au sein de ses structures – 20.9 % en 2 ans (2008 : 52.6 % / 2010 : 31.7 %)

1.2. Les services enregistrant une hausse des violences signalées

- Les services de médecine générale enregistrent + 3 % de violences correspondant à + 200 faits vécus
- Les services extérieurs et parking des établissements traduisent également une forte hausse : + 3 % (soit 163 faits de plus)

Pour ces 2 services il s'agit essentiellement d'agressions physiques aux personnes.

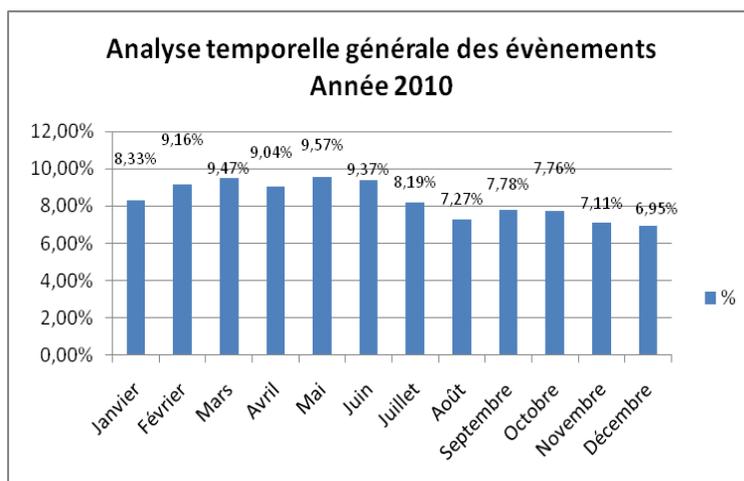
Les causes de ces variations ne peuvent pas être identifiées par l'Observatoire mais il conviendrait de croiser ces analyses avec celles relatives aux formations du personnel selon les structures considérées, et régionalement de déterminer si les établissements au sein desquels les agressions physiques ont statistiquement augmenté comparativement à leurs faits déclarés, sont des établissements ayant pu ou non engagé une réflexion sur la sécurisation des lieux (agression sur parking) et la sécurité des personnes (personnel et patient).

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

IV ANALYSE TEMPORELLE

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

IV.1 Par mois



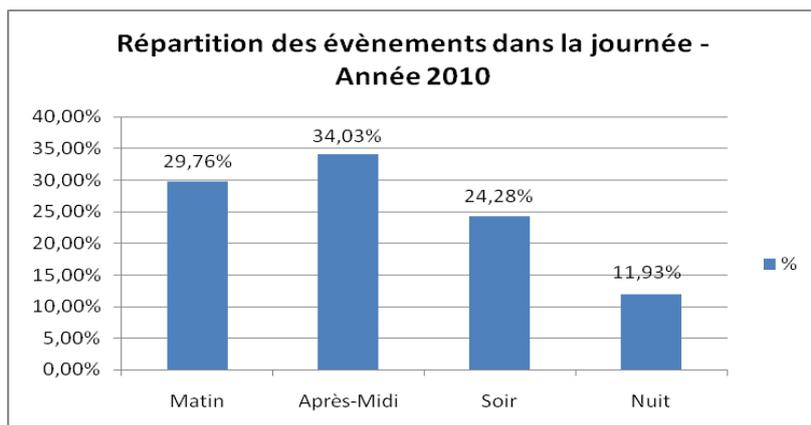
Il n'y a pas de période plus ou moins favorable aux manifestations de violence au sein des établissements hospitaliers, notamment durant les périodes estivales, lesquelles ne sont pas plus sensibles alors même que le personnel peut-être moins nombreux et donc davantage sollicité.

→ *Cette analyse est une constante chaque année.*

L'amplitude la plus importante enregistrée entre le mois le moins exposé (6.9 %) et le mois le plus exposé (9.6 %) correspond à 133 faits supplémentaires signalés sans qu'il soit permis d'en déduire des conclusions particulières (même amplitude qu'en 2009).

IV.2 Par créneaux horaires

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



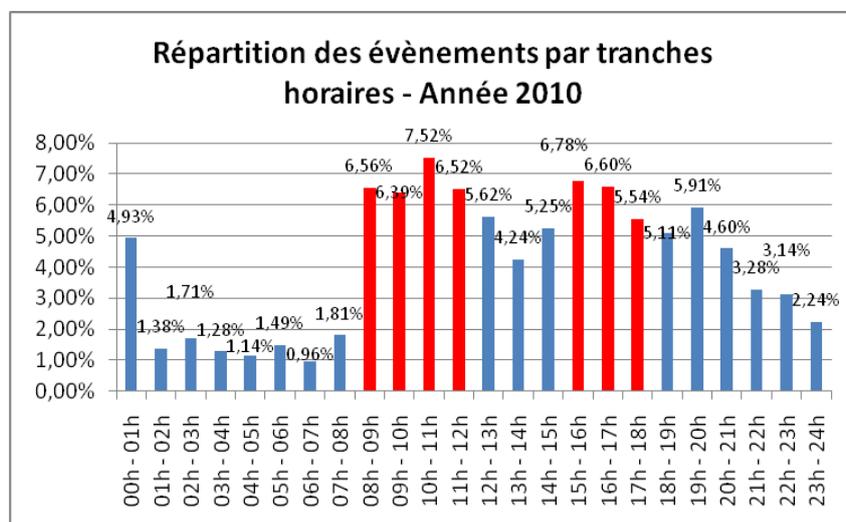
Périodes 2010	Nombre de signalements	%
Matin	1515	29,76 %
Après-midi	1732	34,03 %
Soir	1236	24,28 %
Nuit	607	11,93 %
Total	5090	100,00 %

Légende : matin : 06 / 12 soir : 18 / minuit
Après-midi 12/18 nuit : minuit / 06h00

La nette prédominance des faits réalisés en journée demeure, même si un léger déplacement entre les faits survenant en journée (06h00 / 18h00) sont légèrement en baisse par rapport à l'année 2009 (- 1.5%), au détriment des faits survenant en soirée (18h00 / 06h00), lesquels augmentent de + 1.5% comparativement à 2009.

Ces faits de soirée et de nuit conservent donc une place importante avec plus de 36 % de l'ensemble des évènements de violence signalés, soit 1 fait sur 3 qui se réalise sur le créneau 18h00 / 06h00.

Ce constat n'est pas sans incidence sur le travail et l'organisation des équipes et doit donc être pris en compte.

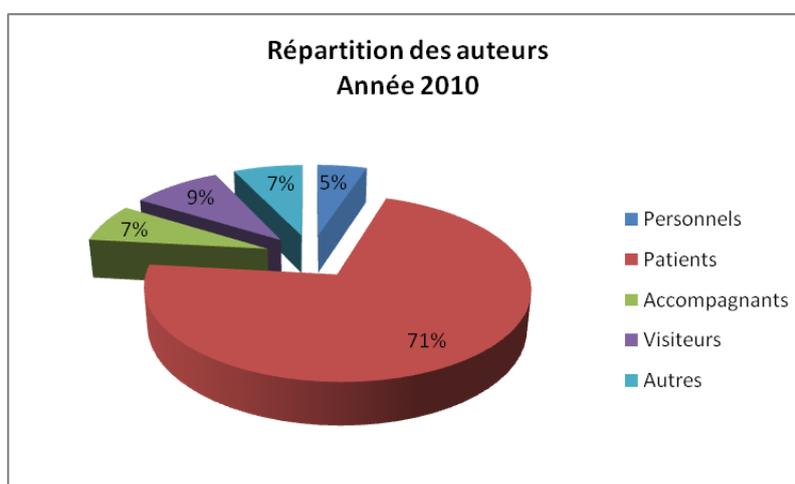


V GESTION DES VIOLENCES

L'approche développée ici reste globale pour tous les services des établissements ayant déclaré les faits survenus au sein de leurs structures et emporte des analyses générales, sans détail des particularités de fonctionnement d'une structure donnée, compte-tenu de l'analyse affinée réalisée infra pour les trois services arrivant aux premières places des services subissant le plus de violences au cours de l'année écoulée.

V.1 Les personnes concernées.

V.1.1 Les auteurs

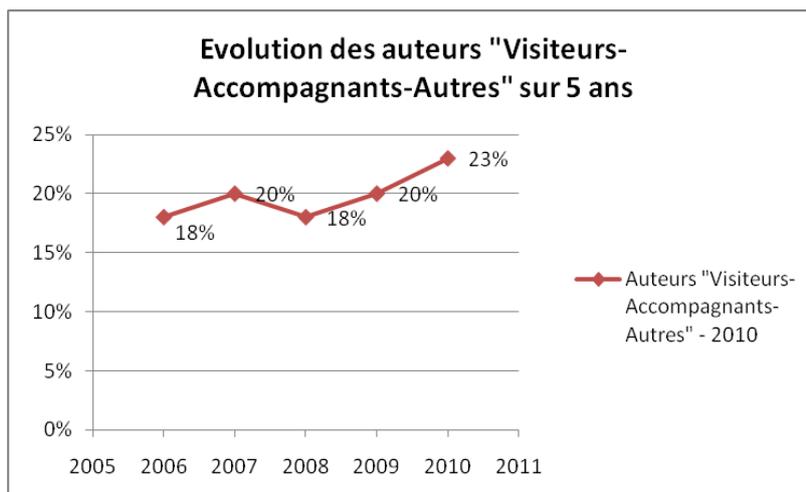


Auteurs - 2010	Personnel	%	Patient	%	Visiteur	%	Accompagnant	%	Autres	%	Total	%
Atteinte aux biens	20	7,38 %	185	5,14 %	29	6,28 %	5	1,36 %	66	19,13 %	305	6%
Atteinte aux personnes	251	92,62 %	3411	94,86 %	433	93,72 %	364	98,64 %	279	80,87 %	4738	94%
Total	271	5.37%	3596	71.3%	462	9.16%	369	7.31%	345	6.84%	5043	100%

Les auteurs restent majoritairement les patients, tout établissement et toute structure confondue mais une certaine évolution dans leur catégorisation peut être observée.

Ainsi l'importance des « accompagnateurs – visiteurs – autres » reste significative avec 23.31%, soit + 3.4 % de plus qu'en 2009. Depuis plusieurs années cette catégorie suit une courbe croissante et cette analyse doit conduire à une réflexion de fond sur l'organisation des services afin de mieux canaliser les flux de ces personnes et développer une politique de communication à leur égard, à partir de l'identification des causes des manifestations de leurs faits de violence.

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



En revanche au cours de l'année 2010 le nombre de « personnels – auteurs » de violences diminue légèrement (5%) alors que depuis 2008 il avait augmenté (7%).

Il conviendrait de comparer cette évolution avec la courbe des formations reçues par le personnel et d'affiner cette analyse régionalement (pour une évolution par structures, cf. infra les 3 premiers services analysés).



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

De même un réel travail pour limiter la présence des personnes qui ne sont pas des patients au sein des structures de soins apparaît indispensable compte-tenu de leurs comportements générateurs de plus d'1 violence déclarée sur 5.

V.1.2 Analyse particulière de la situation du personnel auteur

2010 marque un 1^{er} arrêt à la hausse du nombre du personnel auteur de violences au sein des établissements de santé : 5.37% en 2010 (7% en 2008 et 2009), soit 271 personnel soignant ayant commis 218 actes de violence.

Comme pour l'année 2009, l'Observatoire a procédé à l'analyse particulière de ces actes de violence afin de *déterminer la nature des violences exercées par le personnel soignant*, et à l'égard de quelles victimes ?

La typologie de ces actes est la suivante :

- 201 atteintes aux personnes (soit 92.2% des faits):

Niveau de gravité - 2010	Nombre d'atteintes aux personnes	% sur l'ensemble des actes
Niveau 1 (injure/insulte)	99	45.4%
Niveau 2 (menace)	27	12.3%
Niveau 3 (coups)	75	34.4%
Niveau 4 (fait qualifié crime)	0	-
Nombre d'atteintes aux personnes	201	92.1%

- 17 atteintes aux biens (soit 7.8%):

Niveau de gravité - 2010	Nombre d'atteintes aux biens	% sur l'ensemble des actes
Niveau 1 (vol simple)	15	6.9%
Niveau 2 (vol effraction)	1	0.5%
Niveau 3 (destruction matériel/incendie)	1	0.5%
Nombre d'atteintes aux biens	17	7.9%

La répartition de ces 218 signalements par structures place en 1^{ère} ligne les services de médecine puis de psychiatrie. Les services d'urgence, lieu pourtant d'expression d'actes de violence de plus en plus fréquents de la part des patients ou des accompagnants, n'arrive qu'en 4^{ème} place dans les propres manifestations de violence que le personnel soignant peut être amené à exprimer (données à tempérer par le pourcentage non négligeable de la catégorie « autres » liée à des entrées imprécises des données quant au lieu de réalisation des violences):

Personnels auteurs d'actes de violence

« Personnels auteurs » par structures - 2010	Nombre de signalements	%
Médecine	42	19.3
Psychiatrie	35	16
Autres	33	15.1
Urgences	22	10
Accueil, standard	12	5.5
USLD / EHPAD	10	4.6
Bloc opératoire	8	3.7
Gynécologie, obstétrique, maternité	6	2.7
Chirurgie	11	5
Services techniques, sécurité	7	3.2
SSR	5	2.3
Pédiatrie, Néonatalogie	5	2.3
Extérieur établissement / sous-sol / jardin / parking	5	2.3
UHCD	1	0.5
UCSA	1	0.5
Foyer d'enfance / adolescents	1	0.5
Réanimation	3	1.3
Laboratoire	3	1.3
Vestiaires	2	1
Rééducation	2	1
Pharmacie	2	1
Bureau du Personnel	2	1
Total	218	100,00

Concernant les victimes de ces actes de violence commis par le personnel, la **typologie révèle qu'il s'agit essentiellement de conflits entre personnel : dans 77 % des cas**, soit + 5% par rapport à 2009 (71.6 % en 2009).

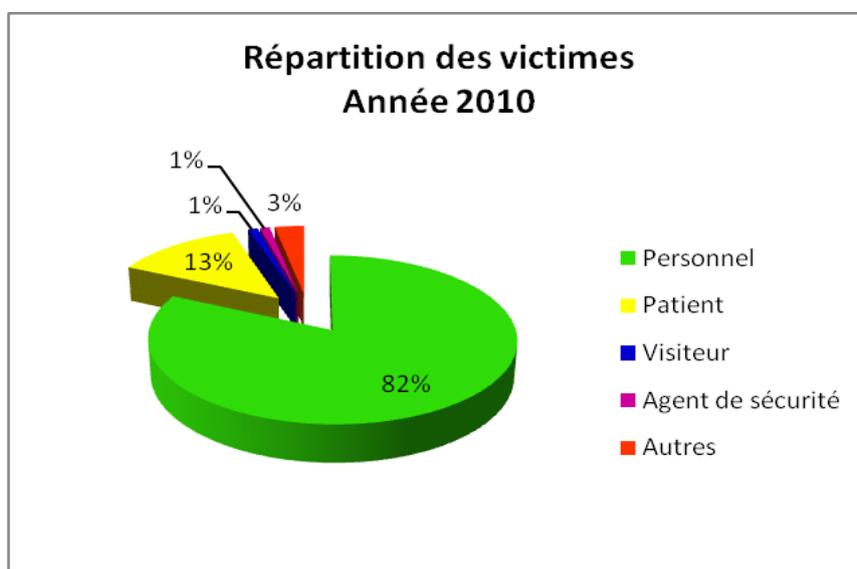
Typologie des victimes - 2010	Nombre de victimes	%
Personnel	262	77%
Agent de sécurité interne	0	0
Patient	68	20%
Visiteur	4	1.2%
Autres	6	1.8%
Total	340	100

Ces conflits entre personnels se définissent ainsi :

- 49,3% correspondent à des insultes et injures
- 14.5% correspondent à des menaces
- 32% correspondent à des coups portés entre personnels
- 4.2% correspondent à des dégradations légères de biens ou des vols simples.

Cette analyse doit emporter réflexion car elle révèle incontestablement une dégradation des relations de travail entre personnels.

V.1.3 Les victimes



L'analyse globale révèle que :

- 82 % des victimes des violences manifestées est le personnel de l'établissement, soit +5% de plus qu'en 2009 (retour au niveau de 2008 : 82%)
- 13 % sont les patients, soit une baisse de 5%
- autour de 1 %, les agents des services de sécurité de l'établissement (sans changement entre 2009 et 2010).

Victimes 2010	Personnel	%	Patient	%	Visiteur	%	Agent de sécurité	%	Autres	%	Total	%
Atteinte aux biens	324	5,68 %	136	15,01 %	17	16,35 %	0	0,00 %	130	63,11 %	607	8.7%
Atteinte aux personnes	5385	94,32 %	770	84,99 %	87	83,65 %	48	100 %	76	36,89 %	6366	91.3%
	5709	81.8%	906	13%	104	1.5%	48	0.7%	206	3%	6973	100 %

2010 accentue donc l'analyse selon laquelle les violences sont principalement dirigées à l'encontre des personnels soignants, sans amélioration au fil du temps.

Il conviendrait de déterminer localement les causes majeures des violences exercées (impatience, refus des diagnostics, refus de l'autorité, prise en charge insatisfaisante, etc...), notamment à l'encontre des personnels soignants, - et sur quel personnel (médecin, infirmière, aide-soignante)?, afin de pouvoir y répondre par une meilleure organisation structurelle et/ou humaine, et de mettre en œuvre les aménagements requis.

Cependant une 1^{ère} approche peut être faite au travers des données recueillies en l'état actuel du logiciel Netsurvey, en déterminant quel type de violence subit le personnel-victime de violence au sein des établissements de santé, et par qui sont-elles exercées ?

V.1.4 Analyse particulière de la situation du personnel victime

Au cours de l'année 2010, 82 % des victimes des violences signalées font partie du personnel soignant, soit 5709 agents hospitaliers, victimes de 3830 actes de violences.

La typologie de ces actes est la suivante :

- 267 atteintes aux biens (soit 7 % des faits)

Niveau de gravite - 2010	Nombre de personnels victimes	% sur l'ensemble des actes commis sur le
Niveau 1 (vol simple)	252	4.4%
Niveau 2 (vol par effraction)	59	1%
Niveau 3 (destruction/ incendie)	13	0.2%
Total	324	5.6%

- 3563 atteintes aux personnes (soit 93 % des faits)

Niveau de gravite - 2010	Nombre de personnels victimes	% sur l'ensemble des actes commis sur le personnel
Niveau 1 (insulte)	1466	25.7%
Niveau 2 (menace)	1212	21.2%
Niveau 3 (coup)	2669	46.8%
Niveau 4 (fait qualifié crime)	38	0.7%
Total	5385	94.4%

Au travers de ces 2 tableaux il apparait que le personnel est principalement victime de vols simple en ce qui concerne les atteintes aux biens (généralement au sein des services mêmes) et de coups pour ce qui concerne les atteintes aux personnes.

Il n'y a pas d'évolution entre 2009 et 2010.

La répartition par structures des actes de violence commis sur le personnel soignant montre que c'est au sein des services de psychiatrie, puis au sein des urgences, puis de médecine générale, que le personnel soignant est le plus exposé, ce qui marque la même répartition qu'en 2009:

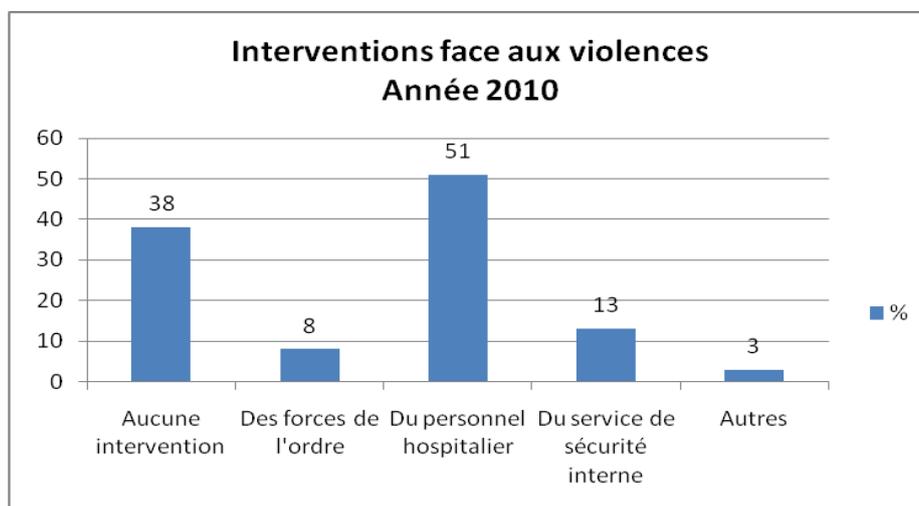
Personnels victimes d'actes de violence

Structures - 2010	Nombre de personnel-victime	%
Psychiatrie	1720	30.1%
Urgences	1114	19.5%
Autres	842	14.7%
Médecine	830	14.5%
USLD / EHPAD	227	3.9%
Accueil, standard	206	3.6%
Extérieur établissement / sous-sol / jardin / parking	196	3.4%
SSR	120	2.1%
Chirurgie	114	1.9%
Foyer d'enfance / Adolescents	87	1.5%
Pédiatrie, Néonatalogie	64	1.1%
Gynécologie, obstétrique, maternité	64	1.1%
SSIAD / domicile du patient	39	0.7%
Vestiaires	21	0.4%
Rééducation	14	0.3%
Réanimation	12	0.2%
UHCD / UHTCD	11	0.2%
Bureau du Personnel	9	-
Pharmacie	9	-
Services techniques, sécurité	3	-
Laboratoire	3	-
Addictologie	2	-
Alcoologie	2	-
Total	5709	100%

Enfin les auteurs des actes de violence commis à l'encontre du personnel se révèlent être :

2010	Nombre d'auteurs	%
Patients	2866	78.5%
Accompagnants	247	6.8%
Visiteurs	201	5.5%
Personnel	183	5%
Autres	155	4.2%
Total	3652	100%

V.2 Les interventions.



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

Dans 38 % des situations de violence, ces dernières ne nécessitent aucune intervention extérieure pour prendre fin. Cependant le personnel est de loin le premier intervenant (51.4 %), ce qui s'explique par la force des choses puisque les situations déclarées sont essentiellement des atteintes aux personnes et qu'il en est la première victime. Cette donnée est identique à celle de 2009 (51.1 %) :

- dans 43 % des cas, le personnel intervient seul
- et dans 8 % des situations, un renfort lui est nécessaire (renforts nécessaires : 11% en 2009).

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

Ce renfort est issu :

- dans 70 % du service de sécurité interne de l'établissement ;
- dans 41 % des forces de l'ordre.

Au global, les agents des services de sécurité interviennent dans 12.7 % des situations (-1.7 point par rapport à 2009) et les forces de l'ordre dans 7.6 % des situations (-0.4 point par rapport à 2009).

Ces deux éléments combinés mettent en évidence l'importance d'une présence d'une équipe de sécurité effective et bien formée, tout comme un partenariat étudié avec les forces de l'ordre afin de garantir au mieux une réaction et une intervention facilitée et efficiente.

L'actualisation du protocole santé-sécurité du 12.08.2005 le 10.06.2010 formalisant les relations partenariales à mettre en œuvre entre les établissements de santé, les forces de l'ordre et les services judiciaires, devrait permettre de répondre au mieux cette exigence.

Interventions- Analyse générale 2010	Nombre d'intervention	%
Aucune intervention	1937	38,06
Des forces de l'ordre	385	7,56
Du personnel hospitalier	2615	51,38
Du service de sécurité interne	646	12,69
Autres	136	2,67

Compte-tenu de ces constats, il convient d'apporter ***une attention particulière à la formation du personnel face à la prévention et à la gestion des manifestations de violence***, mais aussi de ***prendre en compte le stress généré par cette donnée***, impactant directement les conditions de travail du personnel sollicité et la qualité des soins donnés.

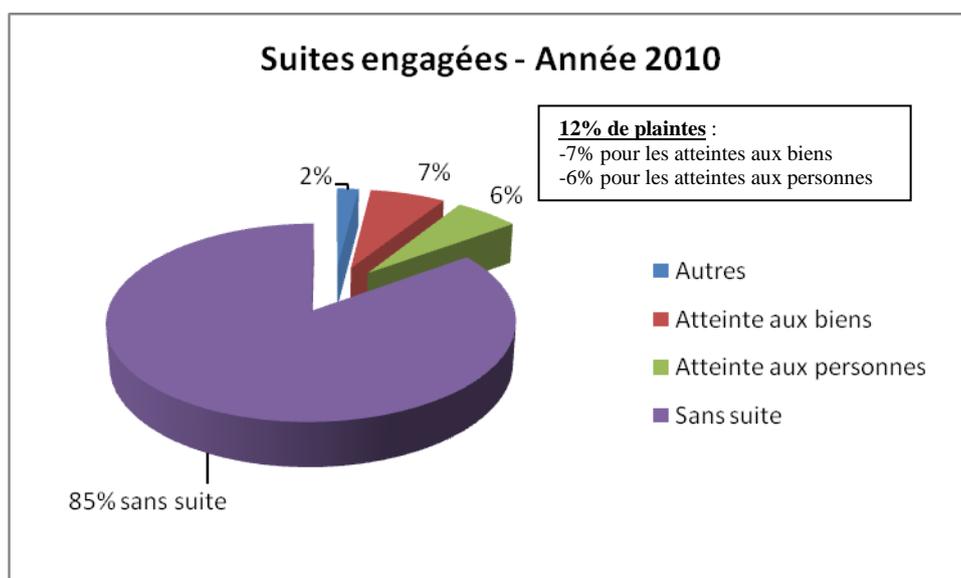
VI CONSEQUENCES DES VIOLENCES

L'importance croissante des violences subies ou vécues au sein des établissements de soins doit conduire au développement d'une politique d'accompagnement des victimes bien définie, connue et efficiente, afin de garantir une réelle prise en charge de ces victimes, notamment du personnel, première victime lors de son exercice professionnel.

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

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

VI.1 Les suites engagées



Les statistiques relatives aux suites engagées sont révélatrices d'un dysfonctionnement certain : 85 % des actes violents déclarés au sein des établissements de soins ne donnent suite à aucun dépôt de plainte ou de déclaration de main courante :

- le taux général de plainte déposé est de 12 %, tout type d'atteinte confondu, comme en 2009,
- une plainte est davantage déposée pour une atteinte aux biens : elle représente 53 % des plaintes déposées (soit plus d'1 plainte sur 2 déposée).

Cette constatation est d'autant plus paradoxale que les atteintes aux personnes constituent 83% de toutes les violences déclarées et que ces actes sont d'une certaine gravité : près d'1 violence sur 2 est une violence de niveau 3 sur 4, c'est-à-dire est un coup.

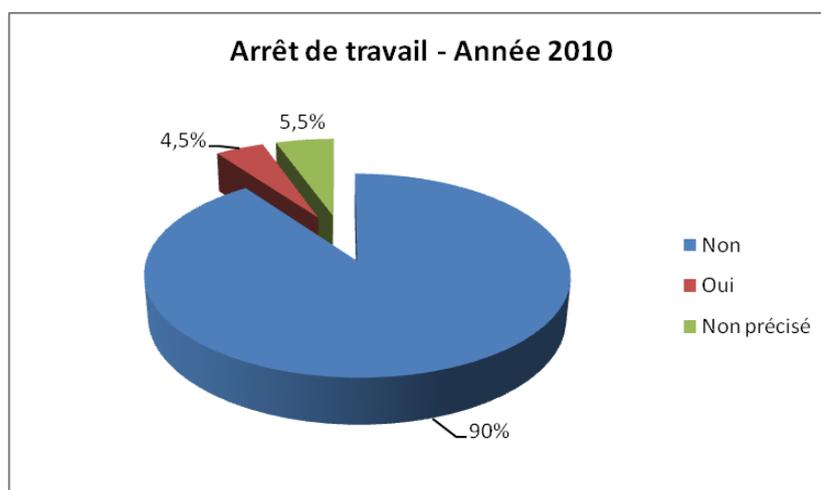
Même si ces données doivent être tempérées par le fait que le dépôt de plainte n'a pas nécessairement encore eu lieu ou n'a pas encore été décidé au moment de la rédaction de la fiche de l'évènement, il apparaît sur le terrain que l'élément majeur qui limite ces dépôts de plainte demeure le temps important passé au sein des services de l'ordre (temps d'attente, plusieurs déplacements), et de l'absence de connaissance des suites judiciaires, ce qui génère un *sentiment d'impuissance et de banalisation des situations vécues auprès des victimes*.

La modification du protocole Santé-Sécurité du 12.08.2005, annoncée dans le bilan DGOS-ONVH 2009 est intervenue le 10.06.2010, et elle devrait permettre d'apporter des correctifs concrets sur ce point puisque le protocole Santé-Sécurité-Justice formalise dorénavant l'implication croisée des 3 ministères dans la politique de lutte contre les violences au sein des établissements de santé (joint en annexe).

Cette évolution du protocole était d'autant plus nécessaire que les établissements ayant signé ces protocoles sont généralement satisfaits de leur fonctionnement et les chefs d'établissements attentifs au dépôt de plainte de la victime et/ou de l'établissement.

Parallèlement, une amélioration de la procédure d'assistance juridique du personnel-victime à l'occasion de son exercice professionnel est apparue indispensable selon les analyses réalisées par l'Observatoire. Un groupe de travail a été mis en place afin de permettre l'édition d'un guide méthodologique sur ce point particulier en 2011.

VI.2 Les arrêts de travail.



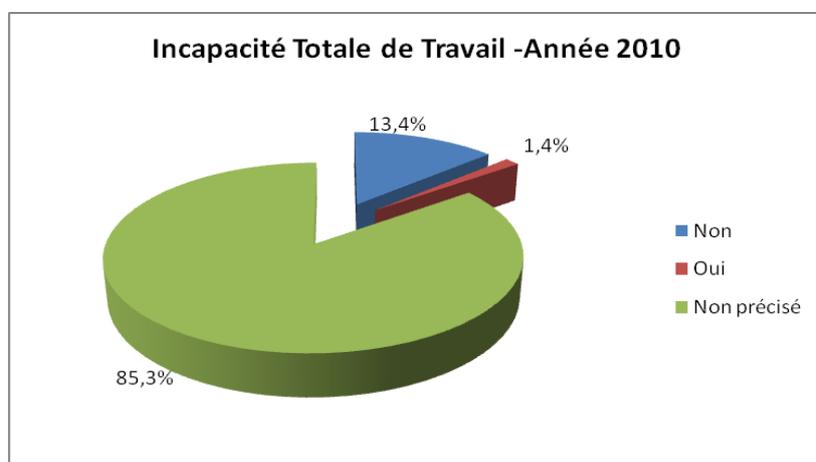
Nombre de signalements - Arrêt de travail 2010	Non	%	Oui	%	non précisé	%	Total
Atteinte aux biens	801		1		63		865
Atteinte aux personnes	3787		228		210		4225
Ensemble	4588	90.14%	229	4.49%	273	5.37%	5090

Même si les fiches ne sont pas remplies avec précision (5.3 % des fiches sont « non précisé »), force est de constater que le nombre d'arrêt de travail enregistré par l'Observatoire suite aux déclarations de violence signalées, est extrêmement faible avec 4.5 % d'arrêts au cours de l'année 2010 (donnée quasiment stable d'une année sur l'autre).

Cette donnée tend à démontrer que le personnel manifeste le même engagement professionnel, quel que soit le service au sein duquel il travaille, et qu'elles que soient les conditions de travail plus ou moins difficiles qu'il subit au sein du service considéré.

Cette donnée reste primordiale dans *l'organisation du travail et dans la reconnaissance des conditions de travail du personnel de santé.*

VI.3 Les ITT



Nombre de signalements – ITT 2010	Non	%	Oui	%	non précisé	%	Total
Atteinte aux biens	370		0		495		865
Atteinte aux personnes	311		71		3843		4225
Ensemble	681	13.38%	71	1.39%	4338	85.23%	5090

Compte-tenu du nombre très élevé de fiches ne donnant aucune indication sur une éventuelle incapacité temporaire de travail subie par les victimes des violences (sachant que ces victimes sont dans 3 cas sur 4 le personnel de l'établissement), l'analyse reste approximative. Cependant la tendance demeure à une absence d'ITT reconnue ou déclarée.

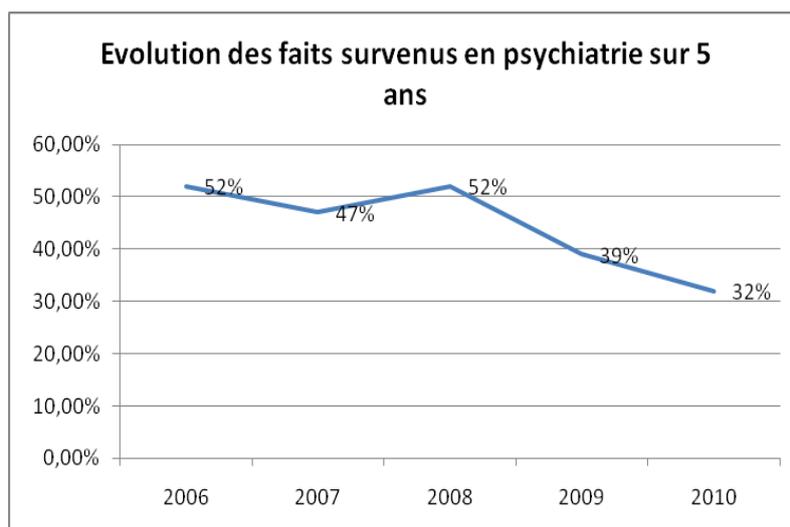
VII ANALYSE AFFINEE DES 3 SERVICES LES PLUS EXPOSES AUX SITUATIONS DE VIOLENCE.

Psychiatrie	1612	31,67 %
Médecine	814	15,99 %
Urgences	686	13,48 %

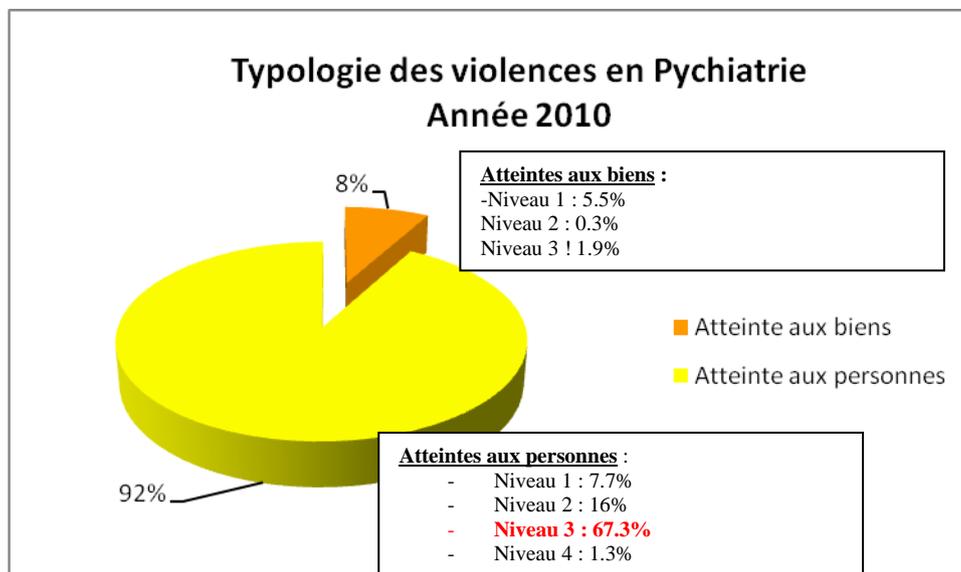
VII.1 LES SERVICES DE PSYCHIATRIE

Les services de psychiatrie, toutes structures spécialisées confondues, dans tous types d'établissements de soins confondus, restent les services les plus exposés aux manifestations de violence : 31.7 % de toutes les fiches de signalements adressés à l'ONVH.

La diminution enregistrée entre 2008 et 2009 (de 52.4% à 39.4%) se poursuit donc.



VII.1.1 Typologie des faits survenus en psychiatrie.



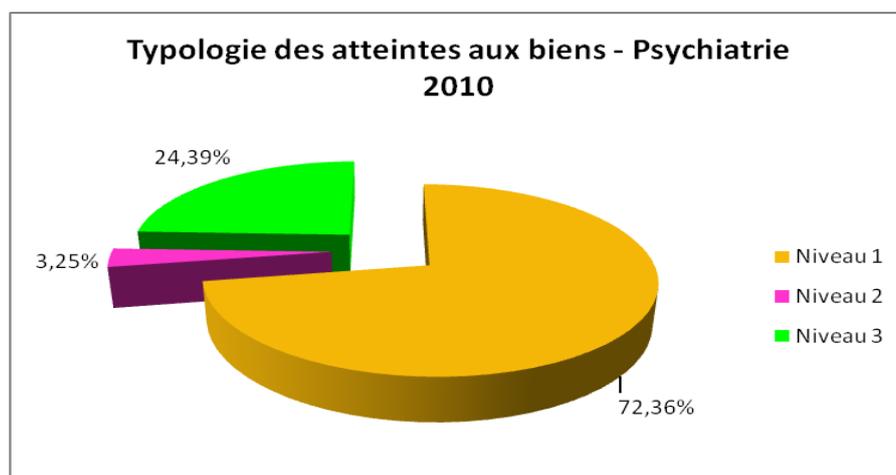
Niveau de Gravité – Psychiatrie 2010	Atteintes aux Biens	%	Atteintes aux personnes	%
Niveau 1	89	5.5%	124	7.7%
Niveau 2	4	0.3%	259	16%
Niveau 3	30	1.9%	1085	67.3%
Niveau 4		-	21	1.3%
Total	123 (7,63 %)		1489 (92,37 %)	1612 (100%)

La typologie des violences exercées au sein des services de psychiatrie met nettement en évidence la prédominance des atteintes aux personnes, lesquelles restent nettement majoritaires avec 92.4 % de l'ensemble des faits signalés en psychiatrie, soit – 2.4 % de moins qu'en 2009.

Les statistiques et analyses suivantes déterminent la nature de ces violences signalées.

VII.1.1.1 Les atteintes aux biens.

Nombre de signalements de violence en fonction du niveau de gravité pour les atteintes aux biens :



Les atteintes aux biens sont essentiellement des dégradations légères (atteintes de niveau 1), soit 72 % des atteintes aux biens signalées.

Une évolution certaine par rapport à 2009 apparaît :

- la part du niveau 1 diminue de 4 points
- la part du niveau 2 augmente de 2 points
- la part du niveau 3 augmente de près de 2 points.

Niveau de Gravité – Psychiatrie 2010	Atteintes aux Biens	%
Niveau 1	89	72,36 %
Niveau 2	4	3,25 %
Niveau 3	30	24,39 %
Ensemble	123	100,00 %

La typologie des violences aux biens au sein des services de psychiatrie met en évidence que ce type de violence est essentiellement constitué de *dégradations légères (sur du matériel en général) avec près de 3 atteintes aux biens sur 4.*

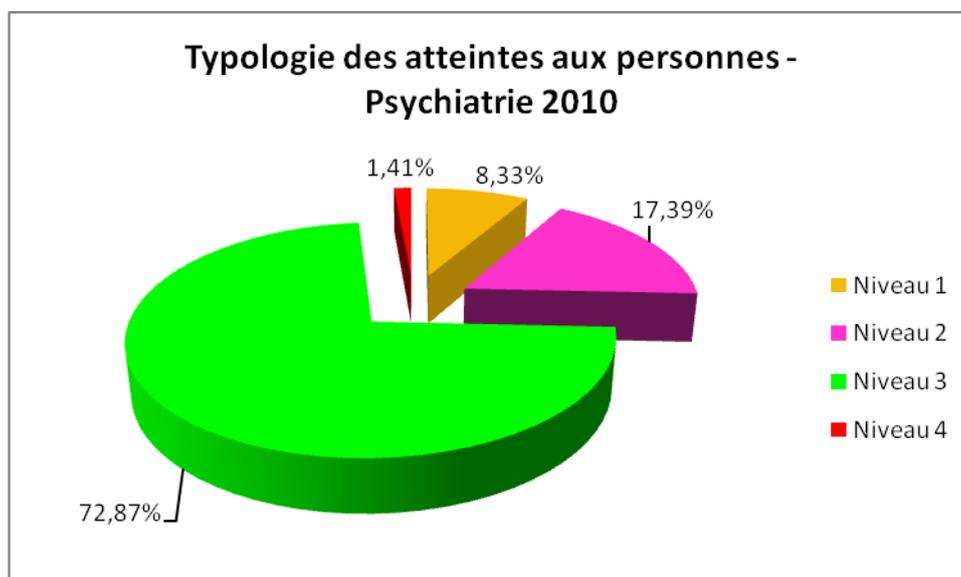
Le niveau des incendies reste important : 11.4 % (au sein des chambres généralement, réalisés par les patients).

Aucun vol à main armée n'a été enregistré cette année (comme en 2009 ; 1 en 2008 en psychiatrie).

Niveau 1 –Psychiatrie 2010	Nombre de signalements	%
Dégradations de véhicules sur parking intérieur de l'établissement (hors véhicules brûlés)	6	4.87%
Dégradations légères	69	56.09%
Vols sans effraction	14	11.38%
Total Niveau 1	89	72.35%
Niveau 2	Nombre de signalements	
Vols avec effraction	4	3.25%
Total Niveau 2	4	3.25%
Niveau 3	Nombre de signalements	
Dégradations ou destruction de matériel de valeur	16	13%
Dégradations par incendie	14	11.38%
Total Niveau 3	30	24.40%
Total	123	

VII.1.1.2 Les atteintes aux personnes.

Nombre de signalements de violence en fonction du niveau de gravité pour les atteintes aux personnes :



Psychiatrie - 2010	Nombre de signalements	%
Niveau 1	124	8.33%
Niveau 2	259	17.39%
Niveau 3	1085	72.87%
Niveau 4	21	1.41%
Total	1489	100,00%

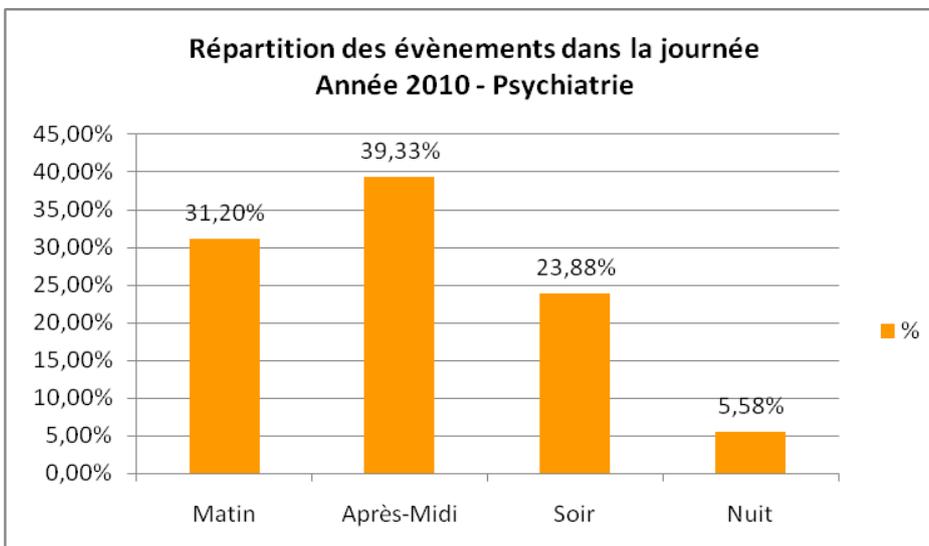
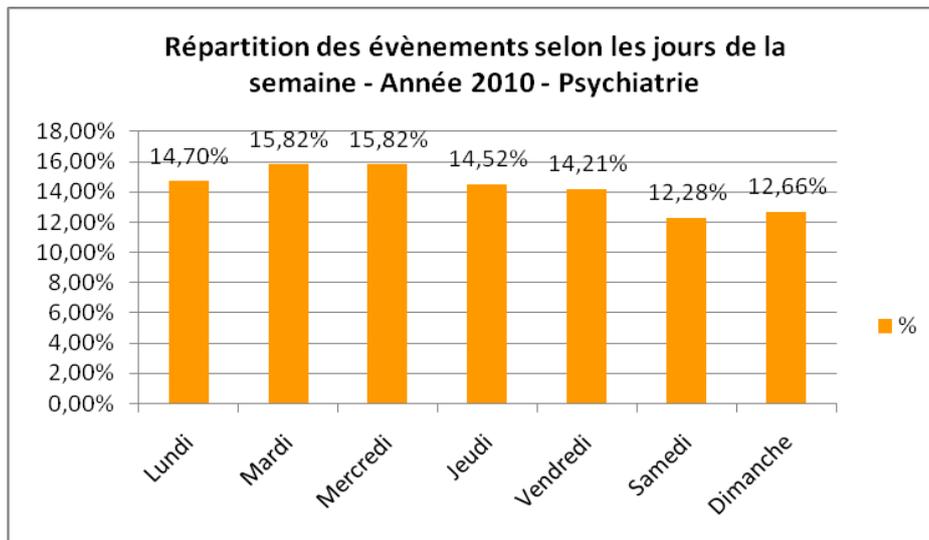
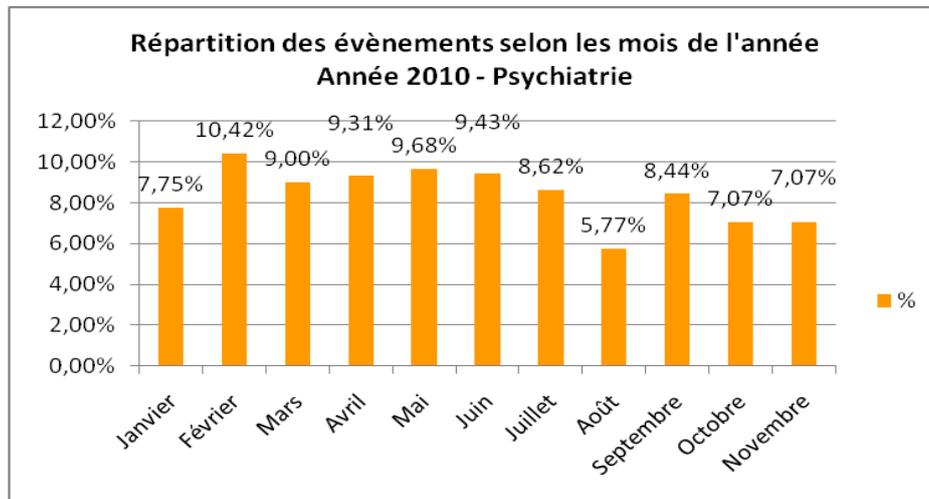
Les atteintes aux personnes restent des coups et blessures sans arme ou des menaces avec armes (atteintes de niveau 3), avec 73 % des faits les signalant, soit + 9 points par rapport à 2009.

Il convient également de noter que 4 viols ont été signalés au sein de ces services en 2010 (contre 1 en 2009), viols dénoncés par des patientes qui auraient été commis par d'autres patients de l'établissement.

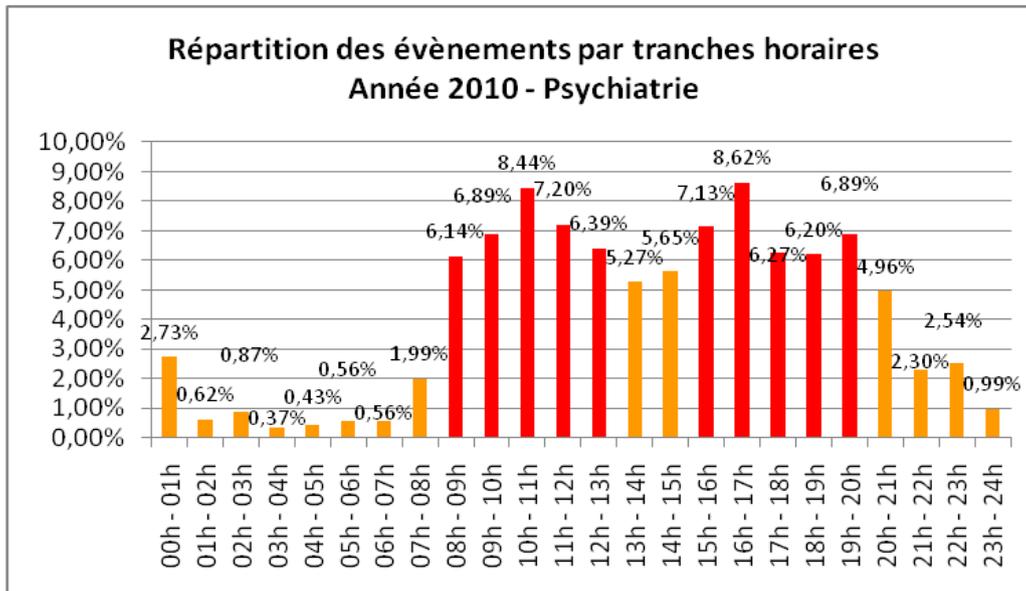
Psychiatrie 2010 - Type de faits Niveau 1	Nombre de signalements	%
Chahuts, occupations des locaux, nuisances, salissures	11	0.73%
Injures, insultes et provocations sans menace (propos outrageants, à caractère discriminatoire ou sexuel)	111	7.45%
Exhibition sexuelle	2	-
Total Niveau 1	124	8.32%
Type de faits Niveau 2	Nombre de signalements	
Consommation ou trafic de substances illicites (stupéfiants) ou prohibées en milieu hospitalier (alcool)	9	0.60%
Menaces d'atteinte à l'intégrité physique ou aux biens de la personne	171	11.48%
Menaces d'atteinte à l'intégrité physique ou aux biens de la personne/Menaces de mort	23	1.54%
Menaces de mort	47	3.15%
Port d'armes (découverte d'armes lors d'un inventaire ou remise spontanée ou présence indésirable dans les locaux)	9	0.60%
Total Niveau 2	259	17.39%
Type de faits Niveau 3	Nombre de signalements	
Agression sexuelle	16	1.07%
Menaces avec arme par nature ou par destination (arme à feu, arme blanche, scalpel, rasoir, tout autre objet dangereux)	21	1.41%
Violences volontaires (atteinte à l'intégrité physique, bousculades, crachats, coups)	1048	70.38%
Total Niveau 3	1085	72.86%
Type de faits Niveau 4	Nombre de signalements	
Tout autre fait qualifié de crime (meurtre, violences volontaires entraînant mutilation ou infirmité permanente,...)	7	0.47%
Viol	4	-
Violences avec arme par nature ou par destination (armes blanches, armes à feu, scalpels, rasoir, tout objet dangereux)	11	0.73%
Total Niveau 4	21	1.41%
Total	1489	100%

L'année 2010 marque une certaine radicalisation des faits de violence au sein des services de psychiatrie puisque les niveaux de violence des faits analysés ont augmenté tant pour les atteintes aux biens que pour les atteintes aux personnes (en 2009, une légère diminution du niveau de violence en ce qui concernait les atteintes aux personnes avait été enregistré).

VII.1.2 Temporalité des faits survenus en psychiatrie.



(NB : matin : 06h/12h après-midi : 12h/18h
soir : 18h/minuit nuit : minuit/06H)



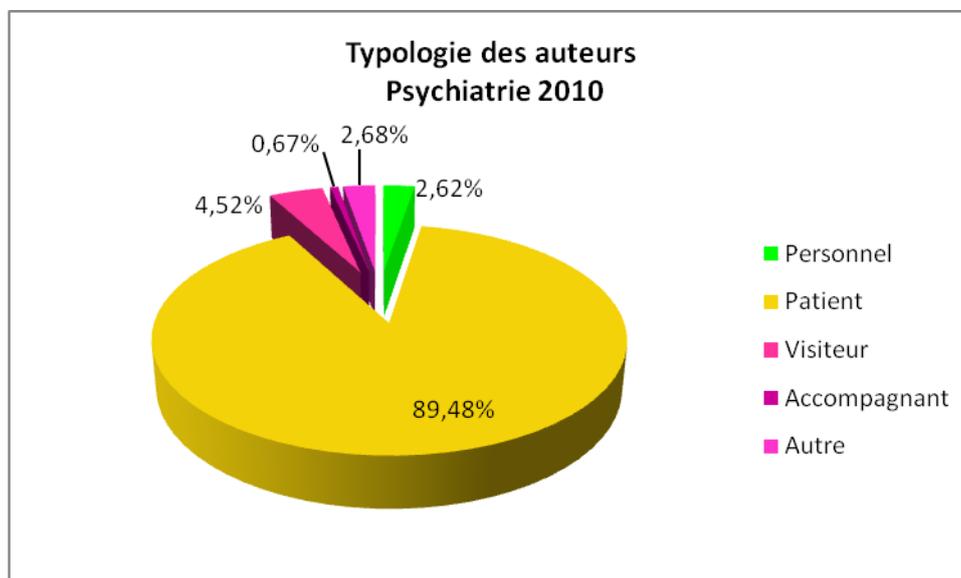
L'approche de ces courbes met en évidence qu'il n'y ni mois ni jours plus propices à des manifestations de violences au sein des services de psychiatrie, même si quelques variations apparaissent selon les moments étudiés.

En revanche se révèlent des tranches *horaires plus délicates à gérer* restent les créneaux **08h00-13h00 avec 35 % des évènements survenus**, et ceux **de 15h00 à 20h00 avec 35 % des situations de violence** manifestées au sein des services psychiatriques.

La manifestation des faits de violence reste clairement établie sur le créneau de la journée pour les services de psychiatrie (70% des faits) : ces données doivent permettre une organisation adaptée des services.

VII.1.3 Typologie des personnes concernées.

VII.1.3.1 Les auteurs



Auteurs Psychiatrie 2010	Personnel	%	Patient	%	Visiteur	%	Accompagnant	%	Autres	%
Atteinte aux biens			86	5,25 %	2	0,12 %			5	0,30 %
Atteinte aux personnes	43		1378	84,22 %	72	4,40 %	11	0,67%	39	2,38 %
Total	43	2,62%	1464	89,48%	74	4,52%	11	0,67%	44	2,68%

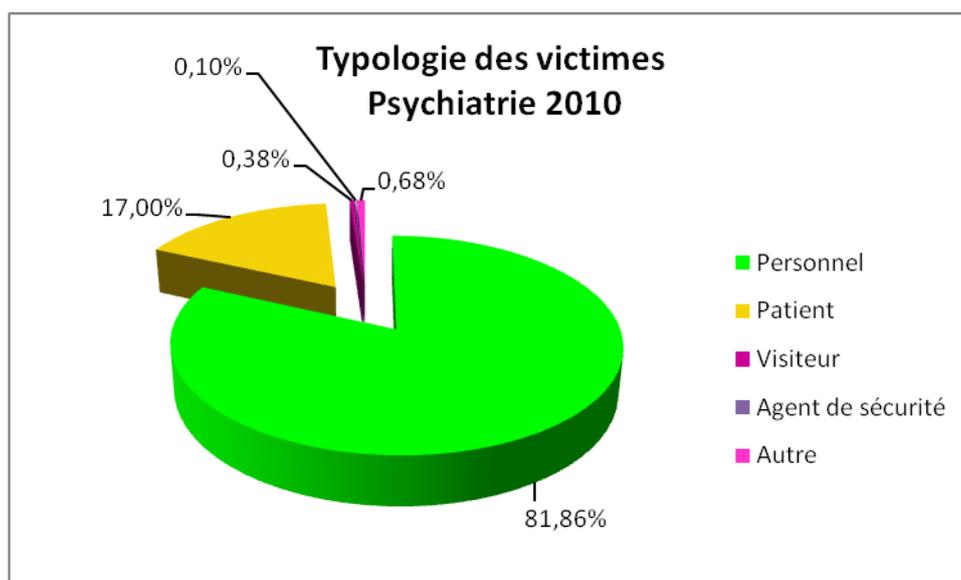
La qualité des auteurs des faits de violence au sein des structures relevant de la psychiatrie est sans surprise puisque ce sont les patients eux-mêmes qui sont les auteurs des situations de violence dans près de 90 % des cas, ce qui s'explique généralement par leurs pathologies même. Quant à la nature des violences exercées, ce sont naturellement des atteintes aux personnes.

2010 maintient la diminution des « personnels auteurs » de violences : 2.6 % des auteurs (3% en 2009 et 7% e 2008).

Mais poursuit l'augmentation des « visiteurs-accompagnants-autres » : 7.9 % (5.7 % en 2009), même si ce pourcentage reste faible au regard de certains services (urgences).

Ce constat pose nécessairement des interrogations. Il conviendrait de déterminer si une prise en compte particulière des données précédentes a conduit les établissements psychiatriques à mettre en œuvre certaines mesures ciblées (formations, adéquation du personnel sur certains créneaux horaires, etc.....) et si les conditions de travail actuelles révèlent effectivement une amélioration de *l'état psychologique du personnel dans son exercice professionnel (amélioration des conditions de travail impliquant un seuil de tolérance plus élevé, diminution du sentiment de fatigue, d'épuisement ou de burn-out... ?)*.

VII.1.3.2 Les victimes



Victimes-Psychiatrie 2010	Personnel	%	Patient	%	Agent de sécurité externe	%	Visiteur	%	Autre	%	
Atteinte aux biens	26		10						2		
Atteinte aux personnes	1694		347		2		8		12		
Total	1720	81.86%	357	17%	2	0.1%	8	0.38%	14	0.66%	2101

(NB :Il peut y avoir pluralité de victimes suite à un même fait)

Parmi l'ensemble des victimes, le **personnel reste largement majoritaire : près de 82 % des victimes**, soit + 4.5 points de plus qu'en 2009 (mais niveau inférieur à 2008 : 86%).

Ce sont ensuite les patients eux-mêmes: 17 %, ce qui s'explique dans ce type de service par la pathologie de ces derniers et l'agressivité parfois manifestée entre eux (-3 points par rapport à 2009).

VII.1.4 Typologie des interventions dans la gestion des évènements.

Interventions-Psychiatrie 2010	Nombre d'interventions	%
Aucune	341	21.15
Autre	46	2.85
des forces de l'ordre	63	3.91
du personnel hospitalier	1198	74.32
du service de sécurité interne	101	6.27
Total	1749	

(le total est supérieur à 100 % puisqu'il peut y avoir 2 ou 3 interventions pour le gestion d'un même évènement).

Si **le personnel** est le plus exposé aux manifestations de violence, issues majoritairement des patients eux-mêmes, c'est légitimement lui qui **intervient dans 74 % des situations pour gérer l'évènement (en rose), ce qui marque une hausse de 2% par rapport à 2009.**

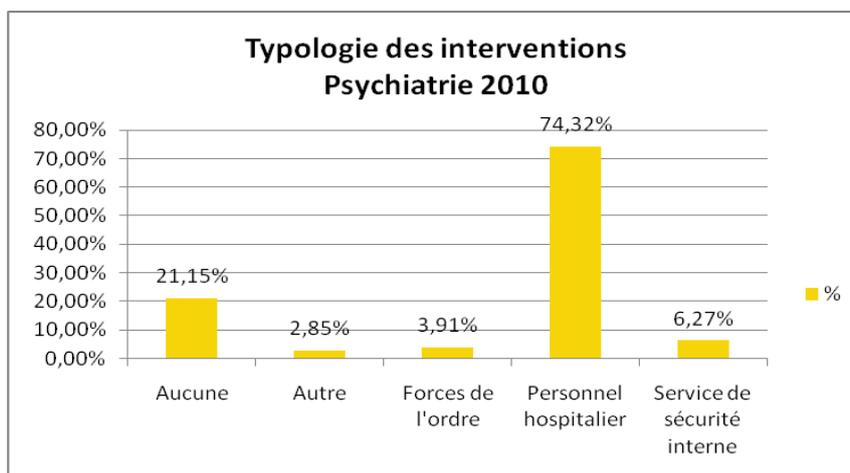
Les éléments statistiques mettent en évidence :

- L'intervention des agents de sécurité dans 6.2 % des situations (-2 points comparativement 2009)
- Puis celle des forces de l'ordre dans près de 4 % des cas (+0.7 point).

Ces éléments doivent permettre de **valider l'équipement du personnel, notamment par les PTI**, ce qui lui permet d'appeler du renfort lors de son intervention qui demeure la première dans près de 3 situations sur 4.

Mais il est également **primordial que les protocoles d'intervention soient préalablement bien définis pour optimiser le renfort requis.**

Cette analyse se résume par le graphique suivant :

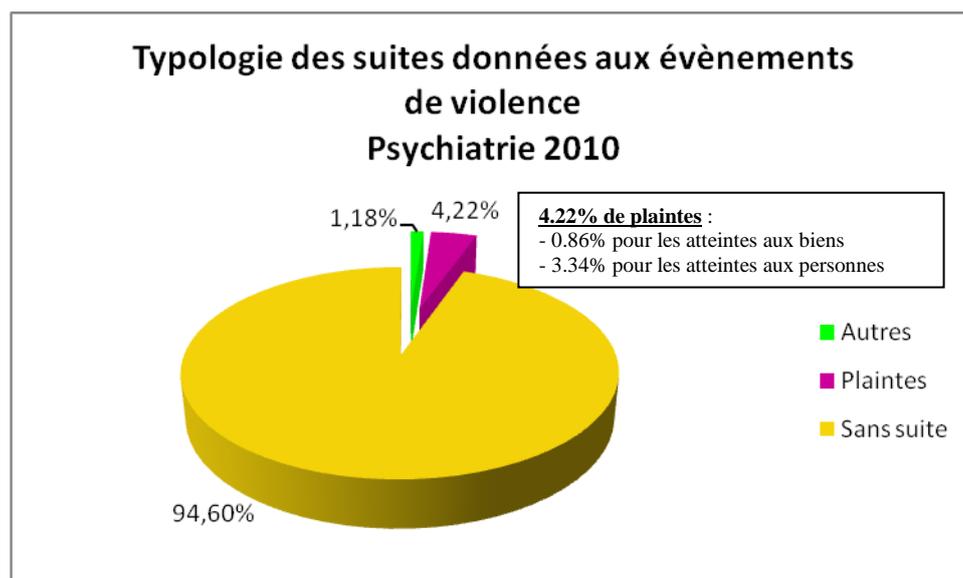


Ces données doivent permettre d'insister sur la **formation renforcée des agents hospitaliers face à la prévention et la gestion des situations de violence** et sur une **analyse adéquate des effectifs nécessaires et adaptés au sein des services.**

VII.1.5 Gestion des faits survenus en psychiatrie

Plusieurs points d'approche sont analysés afin de mieux identifier la réaction du personnel exposé, essentiellement révélée par sa gestion des conséquences des situations de violence subies ou vécues.

VII.1.5.1 Les suites générées.



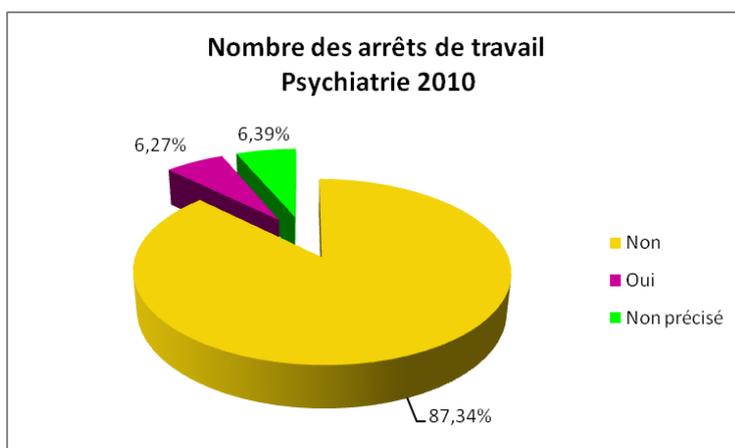
Suites engagées-Psychiatrie 2010	Nombre de signalements	%
Aucune suite engagée	1525	94.60%
Plaintes	68	4.22%
Autre	19	1.18%
Total	1612	100%

Le dépôt de plainte reste très faible, voir exceptionnel même s'il reste au niveau de 2009 : 4.2 % de plaintes déposées au sein des services de psychiatrie pour l'ensemble des faits signalés (4.4 % en 2009).

Ces chiffres peuvent *s'expliquer partiellement par la pathologie des patients* qui conduit le personnel des services de psychiatrie à ne déposer plainte que dans des situations extrêmes afin de *ne pas altérer le lien de confiance construit avec le patient, ou parce qu'il estime que la maladie explique l'acte.*

Même s'il convient de noter que tout fait ne nécessite pas obligatoirement un dépôt de plainte en raison même de la nature des faits signalés (insultes ou coups involontaires) liés à la pathologie des auteurs (patients suivis en psychiatrie), ce chiffre reste trop peu élevé.

VII.1.5.2 Les arrêts de travail.

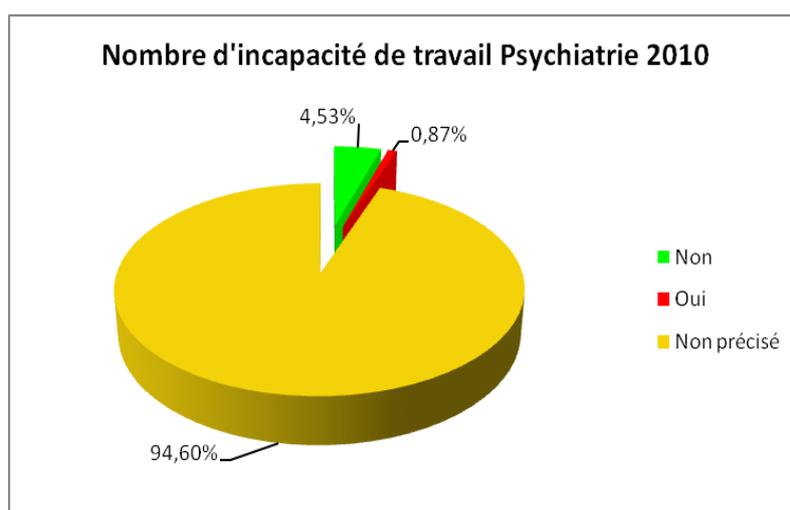


Les statistiques relatives aux arrêts de travail corroborent les précédentes : 87 % des situations n'ont pas entraîné un arrêt de travail du personnel victime, étant précisé qu'une ITT impose un arrêt de travail alors qu'un arrêt de travail ne conduit pas nécessairement à la détermination d'une ITT.

D'où la différence apparaissant entre les 2 statistiques : 6 % des situations ont généré un arrêt de travail mais seulement moins de 1% ont conduit à reconnaître une Incapacité Temporaire de Travail.

En revanche l'importance de ce pourcentage (près de 9 cas sur 10) met en évidence que *le service où a eu lieu l'évènement de violence, n'a pas à subir de graves conséquences dans l'organisation immédiate du travail*, alors même que les situations déclarées sont relativement violentes (pour rappel, 92 % des atteintes sont des atteintes aux personnes et parmi ces atteintes aux personnes, 67 % sont de niveau 3).

VII.1.5.3 Les incapacités temporaires de travail.



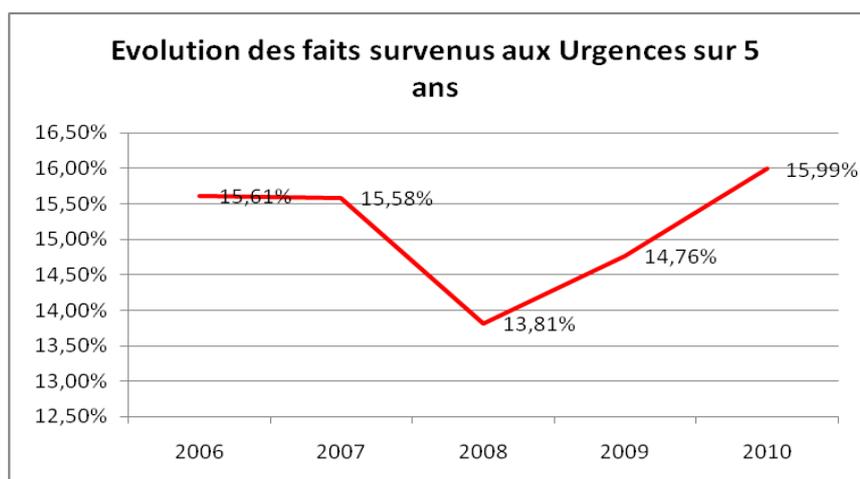
Le nombre d'Incapacité temporaire de Travail enregistré est sans surprise compte-tenu des constats précédents : *les ITT sont quasiment inexistantes au sein des services de psychiatrie (< de 1 %).*

Cet état pouvant résulter de la demande d'adresser la fiche de signalement le plus rapidement possible après la commission des faits (12h00 selon la circulaire du 11.07.2005), il conviendra de permettre au logiciel de déclaration d'évoluer afin que les suites consécutives à des faits importants de violence puissent être adressées à l'Observatoire de manière complémentaire.

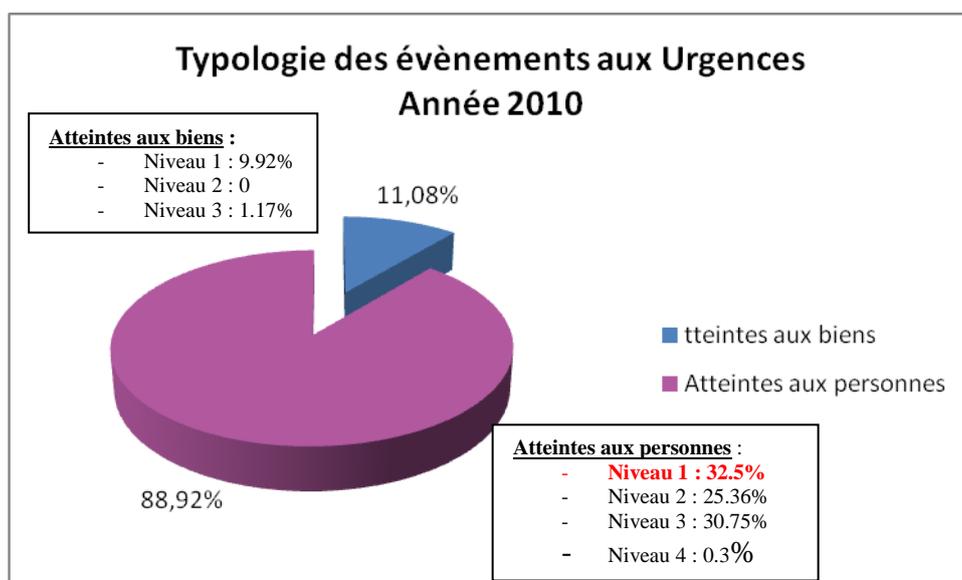
VII.2 LES SERVICES DES URGENCES

Le nombre de faits survenus au sein des services des urgences et signalés à l'ONVH *représente 15.99 % des faits généraux déclarés, soit 1.3 % de hausse par rapport à l'année 2009.*

Cependant ce pourcentage ne saurait être un juste reflet de la réalité dans le sens que les SAU ont nettement tendance à ne déclarer que des événements particulièrement graves ou marquants, et ce en raison du nombre important d'incivilités quotidiennes subies (selon les déclarations mêmes des acteurs de terrain).



VII.2.1 Typologie des faits survenus aux urgences.



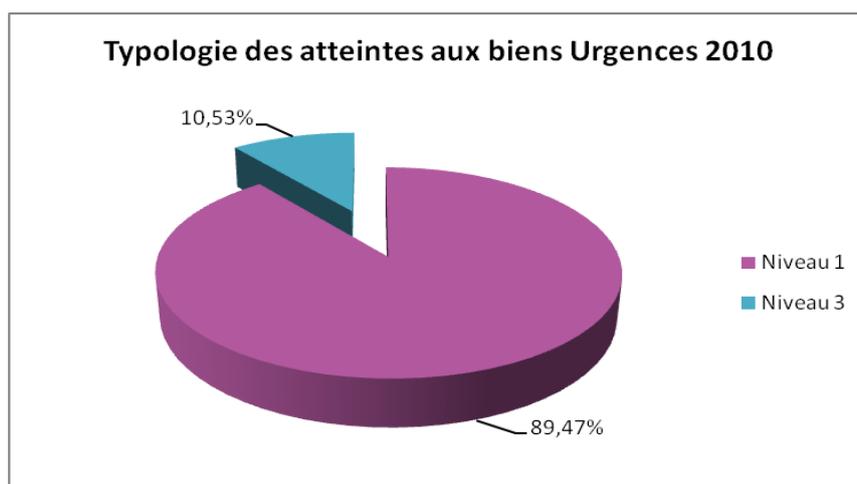
Niveau de Gravité – Urgences 2010	Atteintes aux Biens	%	Atteintes aux personnes	%
Niveau 1	68	9.92%	223	32.5%
Niveau 2	-	-	174	25.36%
Niveau 3	8	1.17%	211	30.75%
Niveau 4	-	-	2	0.3%
Total	76 (11.08%)		610 (88.92%)	686

Pour les urgences, les *atteintes aux personnes* sont majoritaires avec près de 89 %, soit une *diminution de 2 points par rapport à 2009* (NB : une diminution de -1.4% avait aussi été enregistrée entre 2009 et 2008).

Les statistiques et analyses suivantes déterminent la nature de ces violences déclarées.

VII.2.1.1 Les atteintes aux biens

Nombre de signalements de violence en fonction du niveau de gravité pour les atteintes aux biens :



En 2010 la typologie des atteintes aux biens au sein des SAU révèle une suppression des vols par effraction (niveau 2), mais une hausse importante des dégradations simples et des vols sans effraction : + 17%.

En revanche les dégradations graves (niveau 3) diminuent de -10%. Celles déclarées ont été commises par des patients suite à des prises en charge insatisfaisantes selon eux (énervement).

Cette évolution suit celle dégagée entre 2008 et 2009 (augmentation des atteintes aux biens de faible gravité au profit de la diminution des atteintes aux biens particulièrement graves).

Urgences 2010	Nombre de signalements	%
Niveau 1	68	89.47%
Niveau 2	-	-
Niveau 3	8	10.53%
Total	76	100,00 %

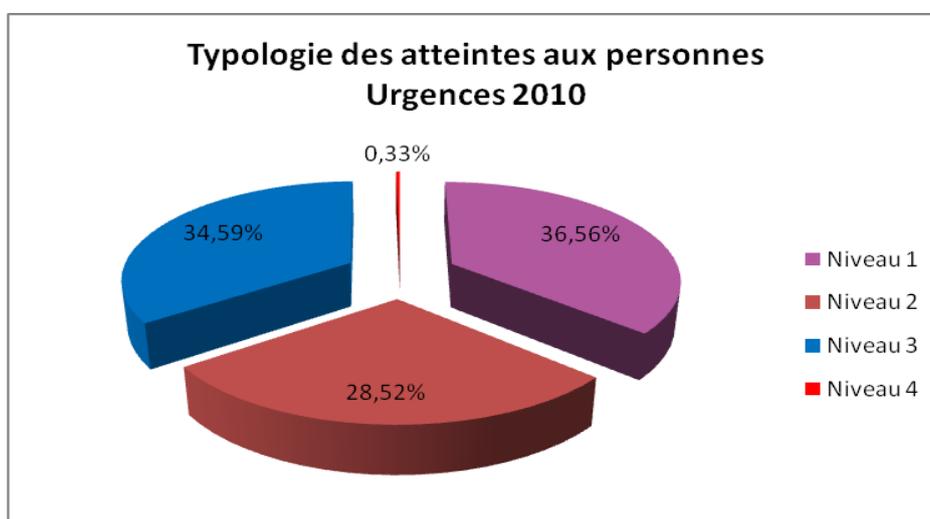
Comme en 2009, le niveau de gravité des atteintes aux biens subies au sein des services des urgences diminue au cours de l'année 2010.

En revanche contrairement à 2009, les vols sans effraction ont légèrement diminué et ce sont les dégradations légères *liées à des énervements de patients* qui ont largement progressé puisque ce type de faits représente la moitié des atteintes aux biens commises au sein des urgences.

Urgences 2010 - Niveau 1	Nombre de signalements	%
Dégradations de véhicules sur parking intérieur de l'établissement (hors véhicules brûlés)	3	3.94%
Dégradations légères	38	50%
Vols sans effraction	27	35.52%
Total Niveau 1	68	89.47%
Niveau 3	Nombre de signalements	%
Dégradations ou destruction de matériel de valeur	7	9.21%
Dégradations par incendie volontaire	1	1.31%
Total Niveau 3	8	10.52%
Total	76	

VII.2.1.2 Les atteintes aux personnes

Nombre de signalements de violence en fonction du niveau de gravité pour les atteintes aux personnes :



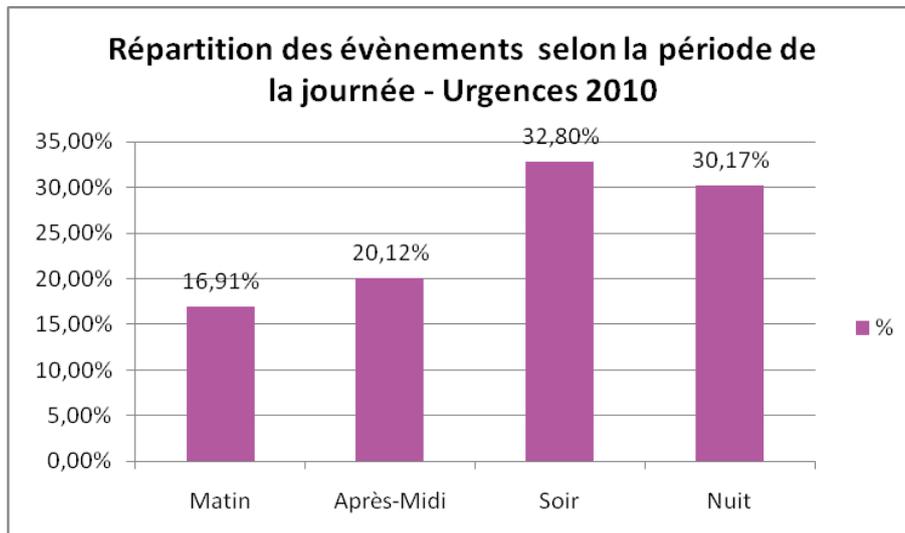
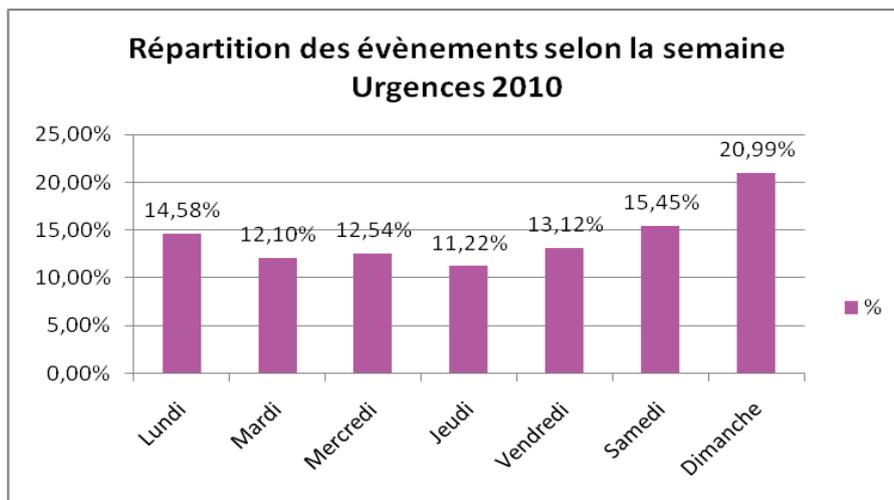
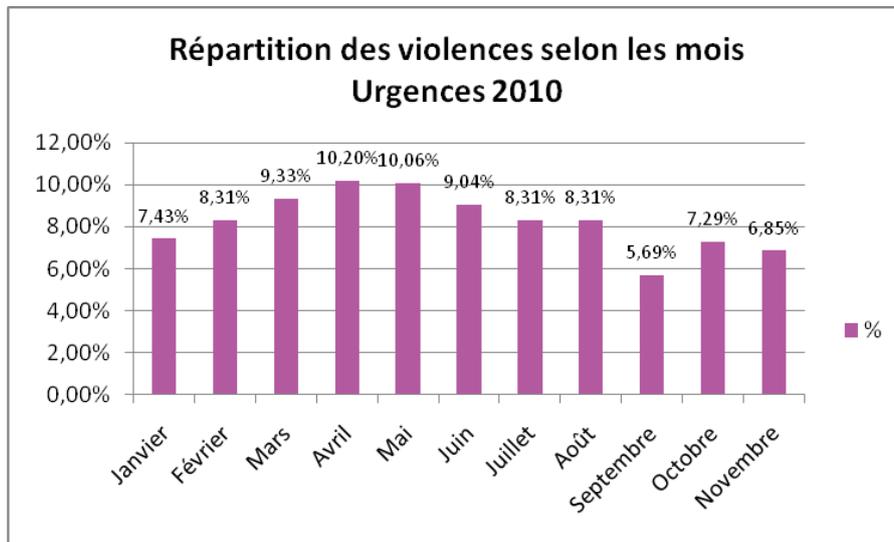
Urgences 2010	Nombre de signalements	%
Niveau 1	223	36.56%
Niveau 2	174	28.52%
Niveau 3	211	34.59%
Niveau 4	2	0.33%
Total	610	100,00 %

Les atteintes aux personnes signalées au sein des SAU évoluent encore nettement en 2010 : l'an passé, les injures et insultes avaient très largement progressé et étaient quasiment au même niveau que les coups (niveau 3). Cette année cette tendance se poursuit et les injures/insultes deviennent les atteintes aux personnes les plus signalées.

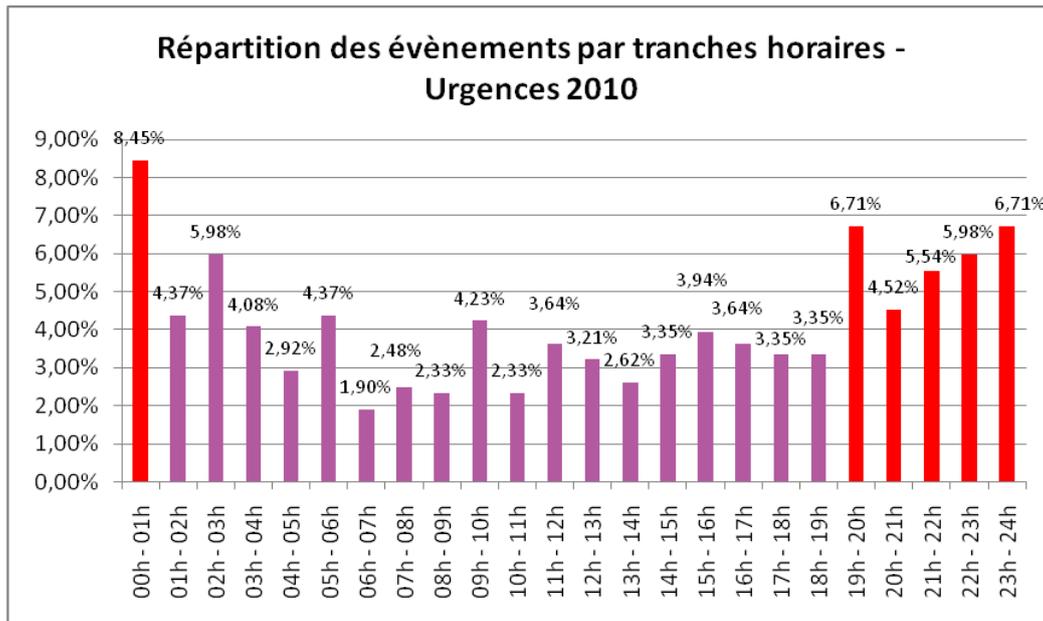
Urgences 2010 - Niveau 1	Nombre de signalements	%
Chahuts, occupations des locaux, nuisances, salissures	8	1.31%
Injures, insultes et provocations sans menace (propos outrageants, à caractère discriminatoire ou sexuel)	214	35.9%
Exhibition sexuelle	1	0.16%
Total Niveau 1	223	36.56%
Type de faits Niveau 2	Nombre de signalements	
Consommation ou trafic de substances illicites (stupéfiants) ou prohibées en milieu hospitalier (alcool)	4	0.65%
Menaces d'atteinte à l'intégrité physique ou aux biens de la personne	111	18.19%
Menaces de mort	55	9.01%
Port d'armes (découverte d'armes lors d'un inventaire ou remise spontanée ou présence indésirable dans les locaux)	4	0.65%
Total Niveau 2	174	28.52%
Type de faits Niveau 3	Nombre de signalements	
Agression sexuelle	4	0.65%
Menaces avec armes	11	1.80%
Violences volontaires (atteinte à l'intégrité physique, bousculades, crachats, coups)	196	32.13%
Total Niveau 3	211	34.59%
Type de faits Niveau 4	Nombre de signalements	
Tout autre fait qualifié de crime (meurtre, violences volontaires entraînant mutilation ou infirmité permanente,...)	1	0.16%
Violences avec arme par nature ou par destination	1	0.16%
Total Niveau 4	2	0.32%
Total	610	

Une diminution sensible du niveau de gravité des atteintes aux personnes subies au sein des urgences est enregistrée pour la 2^{ème} année consécutive: les faits constitutifs de coups diminuent de 5 points (et - 7 points entre 2008 et 2009).

VII.2.2 Temporalité des faits survenus aux urgences



(NB : matin : 06h/12h après-midi : 12h/18h
soir : 18h/minuit nuit : minuit/06H)



Contrairement au service de psychiatrie, les services des urgences mettent en évidence certaines périodes temporelles plus sensibles que d'autres aux manifestations de violence :

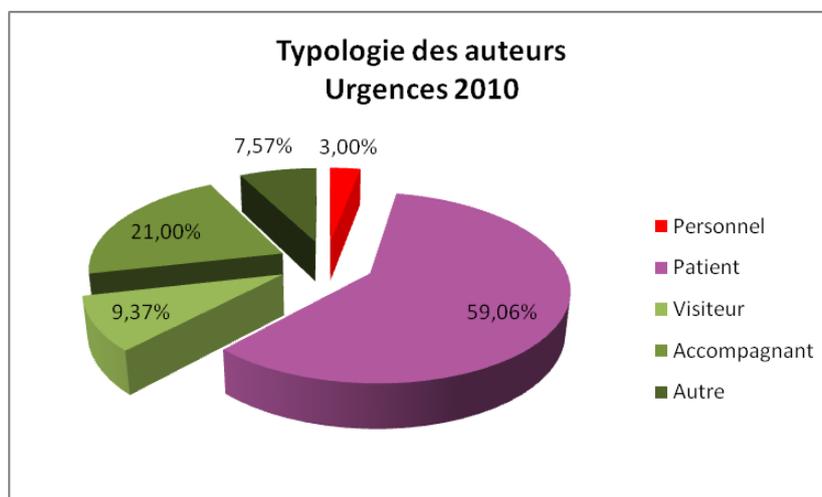
- les week-ends enregistrent plus de 36 % des signalements (25 % en psychiatrie)
- la période du soir (18h00 / minuit) et de la nuit (minuit / 06h00) génère 63 % des manifestations de violence (30 % en psychiatrie).

Ces analyses mettent bien en évidence la spécificité des services des urgences quant à leur fonctionnement, au regard des pics d'événements signalés, correspondant sans nul doute aux pics des fréquentations les plus importantes et à la psychologie des personnes s'y présentant : ***les périodes les plus fragiles apparaissent comme étant la soirée et le début de nuit, et pour la semaine, le dimanche*** (conséquences du samedi soir ?).

Ces éléments doivent être pris ***en compte dans l'organisation du temps de travail et des effectifs***. Ils diffèrent nettement des services de psychiatrie.

VII.2.3 Typologie des personnes concernées.

VII.2.3.1 Les auteurs



Auteurs - Urgences 2010	Personnel	%	Patient	%	Visiteur	%	Accompagnant	%	Autres	%	Total
Atteinte aux biens	1		41		2		4		1		
Atteintes aux personnes	24		451		76		171		62		
Total	25	3%	492	59.06%	78	9.37%	175	21%	63	7.57%	833

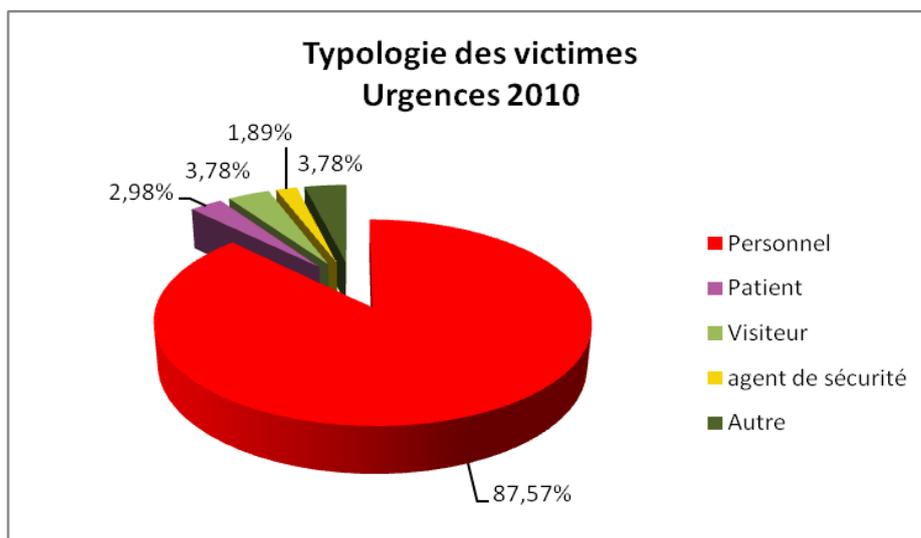
Les patients sont toujours les premiers auteurs des violences commises au sein des services d'urgence, mais contrairement à la psychiatrie, le pourcentage est moindre (60 % au lieu de 90 %).

Les *visiteurs-accompagnants-autres* apparaissent comme des *acteurs importants* : avec 38 % des violences commises par eux (contre près de 8 % en psychiatrie). Soit +5% par rapport à 2009.

En revanche, contrairement à 2009, le nombre de *personnel auteur de faits signalés diminue de 2.5 %* (Meilleure formation du personnel ? Travaux structurels ou réorganisation fonctionnelle des services ? L'Observatoire ne dispose pas de l'outil nécessaire pour à l'identification des causes).

Cependant ces constats doivent conduire à une véritable politique d'accueil et de prise en charge des patients et des personnes accompagnant les patients, tant au niveau structurel qu'organisationnel afin de réduire au maximum les risques d'expression des violences.

VII.2.3.2 Les victimes



Victimes- Urgences 2010	Personnel	%	Patient	%	Agent de sécurité	%	Visiteur	%	Autre	%	
Atteinte aux biens	30		6		-		6		16		
Atteinte aux personnes	1084		32		24		42		32		
Total	1114	87.57%	38	2.98%	24	1.89%	48	3.78%	48	3.78%	1272

Les victimes des violences commises aux services des urgences sont à 88 % le personnel, et notamment pour des atteintes aux personnes (injures et coups). Une légère diminution par rapport à 2009 est à noter : – 3.3% de personnel victime.

Il convient également de noter une diminution des agents de sécurité interne victimes de violences au sein des SAU : - 1% (présence restreinte des équipes de sécurité interne ou meilleure formation dans leurs interventions ?).

VII.2.4 Typologie des interventions dans la gestion des évènements

Intervention – Urgences 2010	Nombre de signalements	%
Aucune	177	25.80%
Autre	17	2.48%
des forces de l'ordre	191	27.84%
du personnel hospitalier	329	47.96%
du service de sécurité interne	218	31.78%
Total	932	

(le total est supérieur à 100 % puisqu'il peut y avoir 2 ou 3 interventions pour le gestion d'un même évènement).

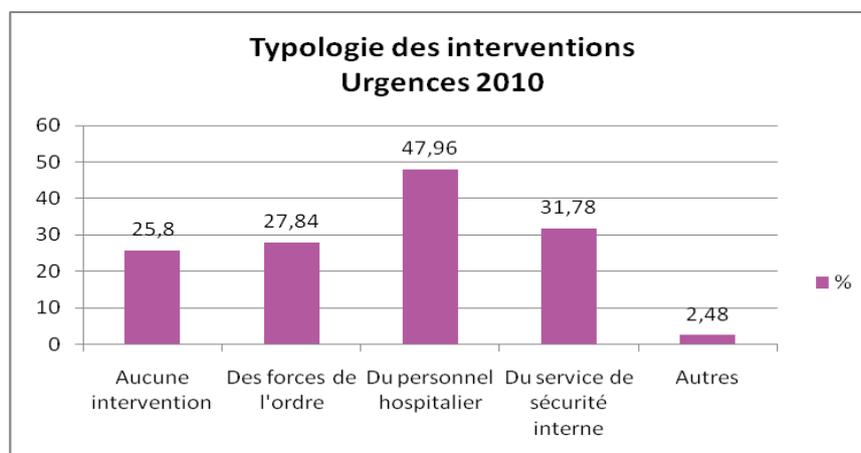
Les données pour les SAU sont différentes à ce niveau de celles des services psychiatriques puisque **le personnel hospitalier intervient dans 47% des situations pour gérer l'évènement (+2.5% de plus qu'en 2009), soit dans près d'1 évènement de violence sur 2.**

Parallèlement :

- l'intervention des agents de sécurité a lieu dans près de 32 % des situations, soit +4 % de plus qu'en 2009.
- l'intervention des forces de l'ordre dans près de 28 % des évènements.

Ces éléments doivent être pris en **compte dans l'aménagement des lieux des SAU et dans les horaires de travail du personnel de sécurité** (à rapprocher des pics horaires des évènements).

Cette prépondérance des renforts apparait clairement dans le graphique suivant :



Cette statistique induit des situations à gérer, subies au sein des SAU, nécessairement plus violentes.

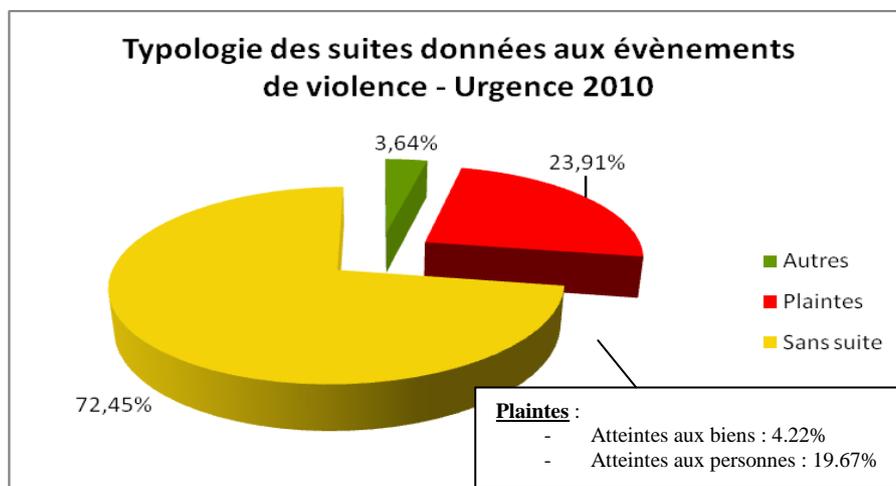
L'importance des interventions des agents de sécurité propres aux établissements de soins et des forces de l'ordre augmente de manière importante en 2010 : dans la gestion de près de 60 % des évènements.

Ils apparaissent comme des recours indispensables dans la résolution des situations de violence au sein des services d'urgences.

Il est indispensable que les protocoles d'intervention soient précisément définis à ce niveau là afin de réduire les délais d'intervention et de rendre les plus efficaces possibles ces aides extérieures.

VII.2.5 Gestion des faits survenus aux urgences.

VII.2.5.1 Les suites générées.

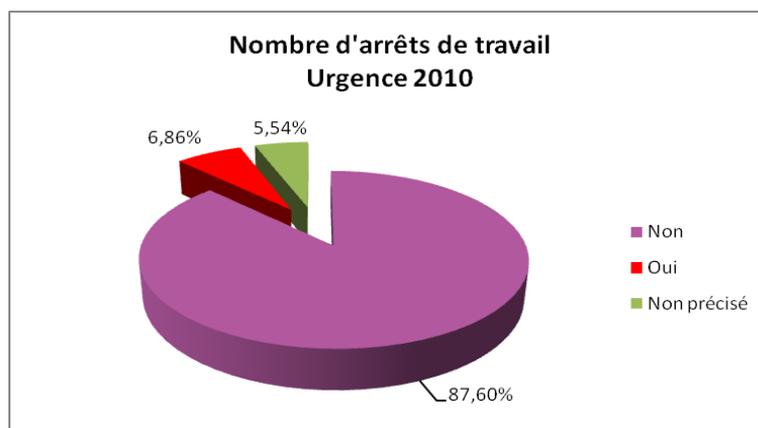


Suites engagées - Urgences 2010	Nombre de signalements	%
Aucune suite engagée	497	72.45%
Plaintes	164	23.91%
Autre	25	3.64%
Total	686	100%

Le dépôt de plainte au sein des services des urgences est beaucoup plus important que celui enregistré au sein des services de psychiatrie, avec un **taux de plainte général de 24 %, tout fait survenu au sein des SAU** confondu. Il s'explique sans doute par la qualité des auteurs (patients ou accompagnateurs ne présentant pas, a priori, un trouble psychiatrique avéré) et par la violence des faits conduisant au dépôt de plainte, puisque la pratique conduit à ne déclarer que les faits les plus importants compte-tenu du volume d'incivilités subi aux urgences.

Ces données sont constantes par rapport à 2009.

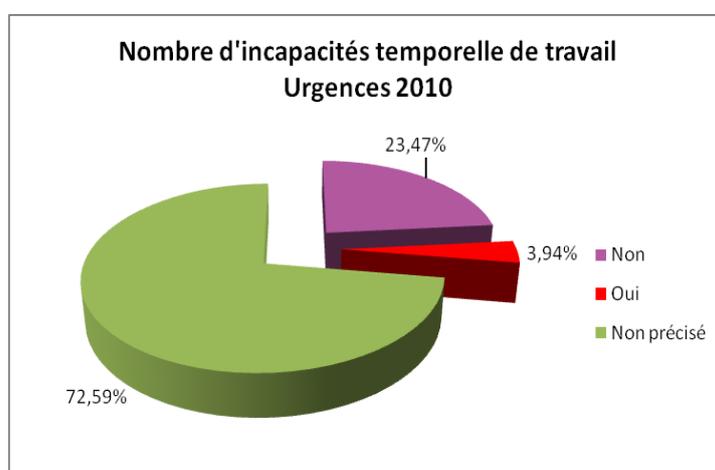
VII.2.5.2 Les arrêts de travail



Arrêt de travail – Urgences 2010	Nombre de signalements	%
Non	601	87.6%
Non précisé	47	6.86%
Oui	38	5.54%
Total	686	100,00 %

Le nombre *d'arrêt de travail* signalé augmente de +2.5 points en 2010 mais *reste exceptionnel*.

VII.2.5.3 Les incapacités temporaires de travail.

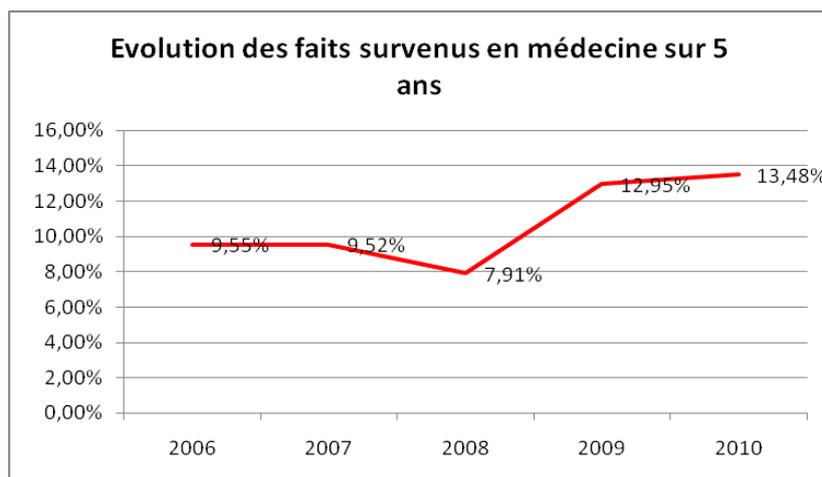


Les remarques précédentes quant au recueil de ces données s'appliquent pour toutes les structures étudiées, ce qui ne permet pas une analyse affinée de la situation pour l'année 2010 mais ne peut fournir qu'une orientation (même constat au cours des années passées).

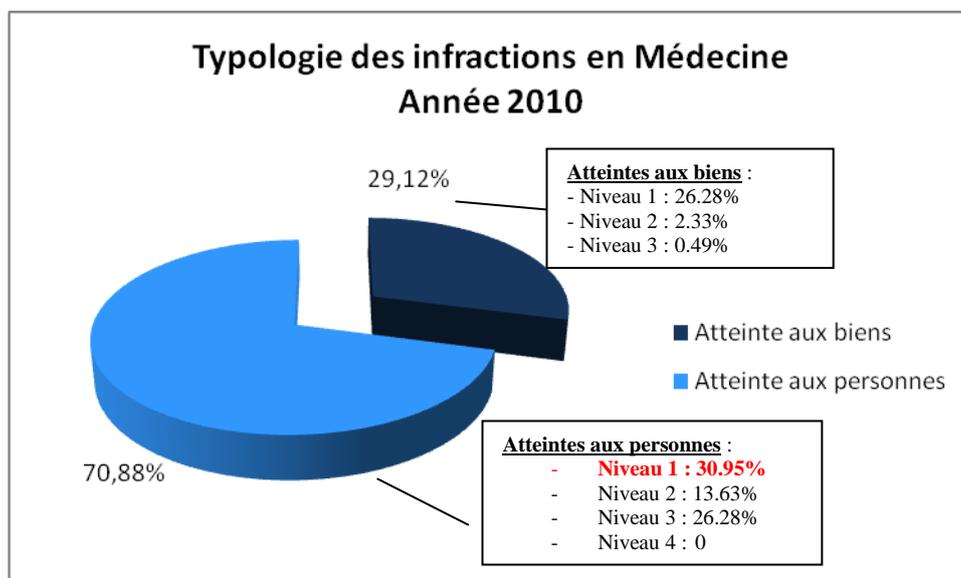
VII.3 LES SERVICES DE MEDECINE GENERALE

Les services de médecine générale arrivent en 3^{ème} position dans les services les plus touchés par le phénomène de violence vécue ou subie.

Ces services enregistrent 13.48 % de l'ensemble des faits généraux déclarés auprès de l'ONVH au cours de l'année 2010, soit une hausse de +0.5 % comparativement à 2009.



VII.3.1 Typologie des faits survenus en médecine générale



Niveau de Gravité – Médecine 2010	Atteintes aux Biens	%	Atteintes aux personnes	%
Niveau 1	214	26.28%	252	30.95%
Niveau 2	19	2.33%	111	13.63%
Niveau 3	4	0.49%	214	26.28%
Niveau 4		-	-	-
Total	237 (29.12 %)		577 (70.88 %)	814 (100%)

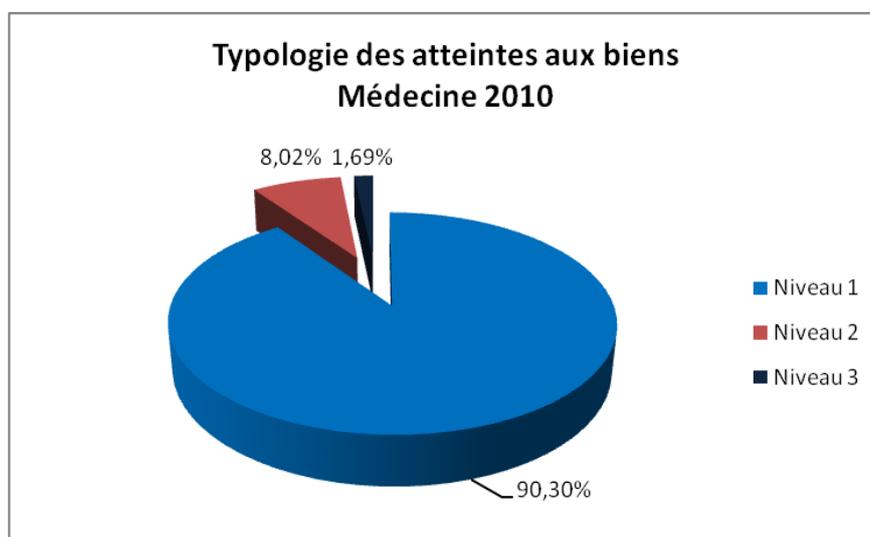
Au sein des services de médecine, les atteintes aux personnes sont majoritaires avec plus de 70 % des faits signalés, ce qui représente une hausse de +2.5 % par rapport à 2009.

Cependant au sein des services de médecine générale, les atteintes aux personnes, bien que majoritaires, sont présentes dans des proportions infiniment moindres que pour les deux services précédemment étudiés (92 % en psychiatrie et 89 % au sein des urgences).

Les statistiques et analyses suivantes déterminent la nature de ces violences déclarées.

VII.3.1.1 Les atteintes aux biens

Nombre de signalements de violence en fonction du niveau de gravité pour les atteintes aux biens :



Les *atteintes aux biens* sont essentiellement des vols simples (niveau 1), avec 90 % des faits déclarés (les dégradations restent, au sein de cette structure, exceptionnelles).

D'une manière générale une certaine évolution apparaît :

- la part du niveau 1 diminue de 2 %
- au détriment de la part du niveau 2 : les vols avec effraction augmentent de 4.5 %
- la part du niveau 3 (le plus grave) diminue de – 1.8 %.

Médecine générale - 2010	Nombre de signalements	%
Niveau 1	214	90.30%
Niveau 2	19	8.02%
Niveau 3	4	1.69%
Total	199	100,00 %

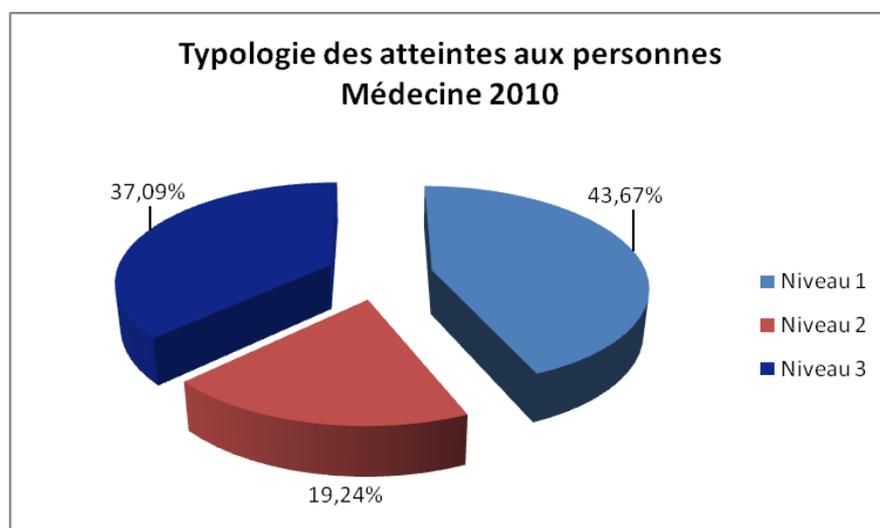
Une telle constatation doit conduire à une réflexion réelle afin d'enrayer le phénomène, ce type de délinquance étant celle la plus aisée à combattre alors que parallèlement elle contribue très largement à une détérioration du climat de travail.

Cependant une certaine stabilité quant à la gravité des atteintes aux biens survenues au sein des services de médecine peut être dégagée.

Médecine générale - 2010 - Niveau 1	Nombre de signalements	%
Dégradations de véhicules sur parking intérieur de l'établissement (hors véhicules brûlés)	11	4.64%
Dégradations légères	19	8.01%
Vols sans effraction	184	77.63%
Total Niveau 1	214	90.29%
Type de faits Niveau 2	Nombre de signalements	
Vols avec effraction	19	8.01%
Total Niveau 2	19	8.01%
Type de faits Niveau 3	Nombre de signalements	
Dégradations ou destruction de matériel de valeur (médical, informatique, imagerie médicale,...)	3	1.26%
Dégradations par incendie volontaire (locaux, véhicules sur parking intérieur de l'établissement)	1	0.42%
Niveau 3	4	1.68%
Total	237	

VII.3.1.2 Les atteintes aux personnes

Nombre de signalements de violence en fonction du niveau de gravité pour les atteintes aux personnes :



Médecine générale 2010	Nombre de signalements	%
Niveau 1	252	43.67%
Niveau 2	111	19.24 %
Niveau 3	214	37.09 %
Niveau 4	-	-
Total	577	100,00 %

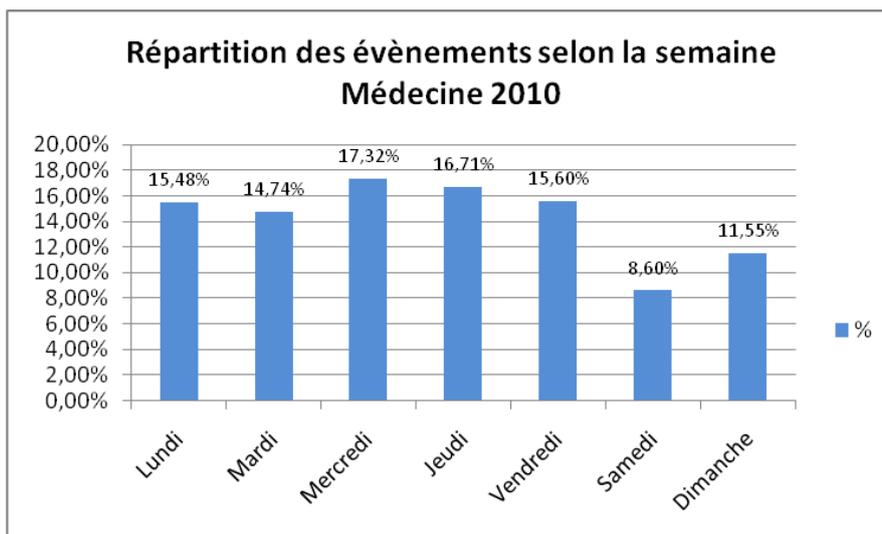
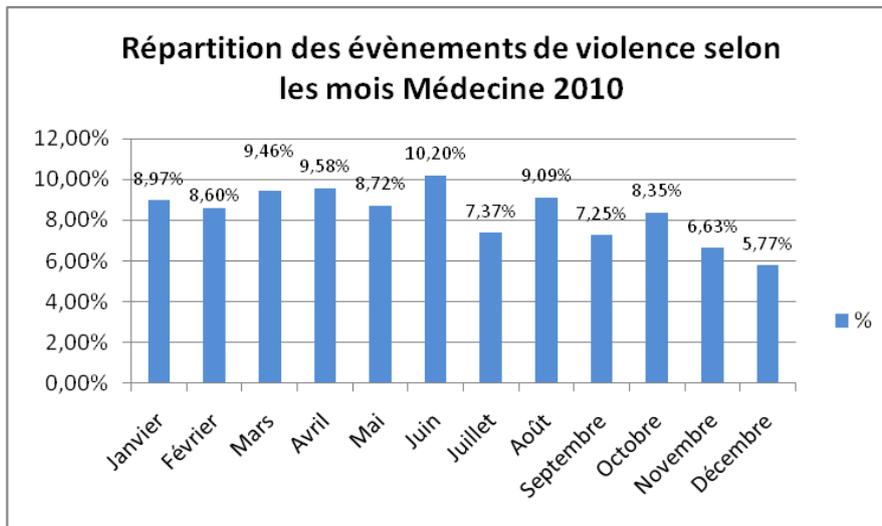
Les atteintes aux personnes sont des injures/ insultes (niveau 1) avec 43 % des faits enregistrés au cours de l'année 2010. Après une évolution croissante jusqu'en 2009, c'est une certaine stabilité qui peut s'amorcer (- 1.4 % entre 2009 et 2010).

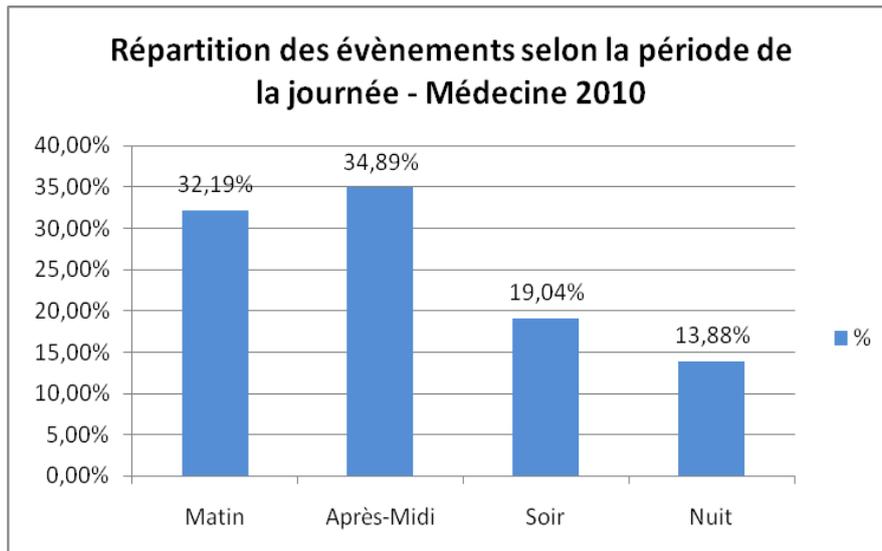
En revanche les atteintes constitutives de coups (niveau 3), qui avaient largement diminué en 2009 (- 12.5 %), ont repris + 1.4 %.

Il n'y a aucun fait qualifié crime (niveau 4), signalé au cours de l'année 2010, tout comme en 2009.

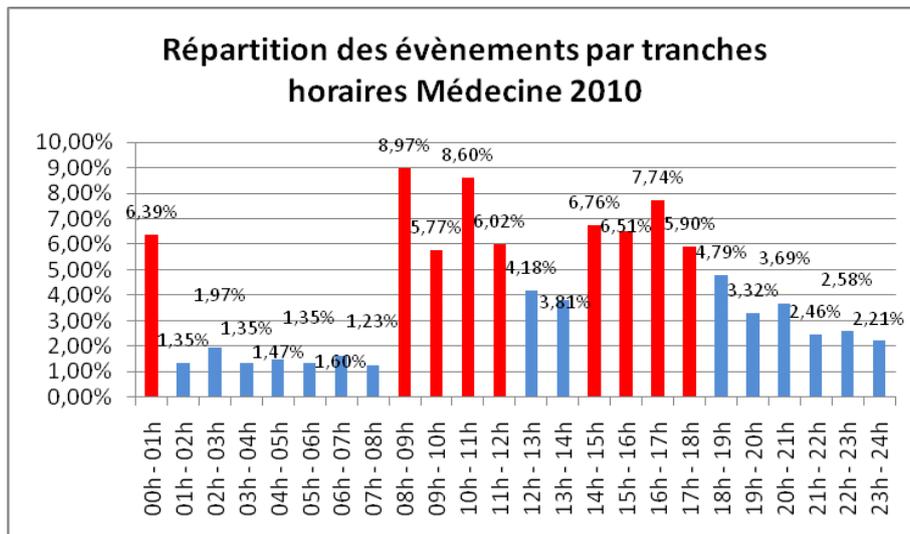
Médecine générale 2010 - Niveau 1	Nombre de signalements	%
Chahuts, occupations des locaux, nuisances, salissures	15	2.60%
Exhibition sexuelle	2	0.35%
Injures, insultes et provocations sans menace (propos outrageants, à caractère discriminatoire ou sexuel)	235	40.73%
Total Niveau 1	252	43.68%
Type de faits Niveau 2	Nombre de signalements	%
Consommation ou trafic de substances illicites (stupéfiants) ou prohibées en milieu hospitalier (alcool)	7	1.21%
Menaces d'atteinte à l'intégrité physique ou aux biens de la personne	92	15.94%
Menaces de mort	12	2.08%
Total Niveau 2	111	19.23%
Type de faits Niveau 3	Nombre de signalements	%
Agression sexuelle	1	0.17%
Menaces avec arme par nature ou par destination (arme à feu, arme blanche, scalpel, rasoir, tout autre objet dangereux)	5	0.87%
Violences volontaires (atteinte à l'intégrité physique, bousculades, crachats, coups)	203	35.18%
Violences volontaires (atteinte à l'intégrité physique, bousculades, crachats, coups)/Menaces avec arme par nature ou par destination (arme à feu, arme blanche, scalpel, rasoir, tout autre objet dangereux)	5	0.87%
Total Niveau 3	214	37.09%
Total	577	100,00

VII.3.2 Temporalité des faits survenus en médecine générale





(NB : matin : 06h/12h après-midi : 12h/18h
soir : 18h/minuit nuit : minuit/06H)



S'il n'y a pas réellement de jours prédominants dans la semaine (pic tout de même le mercredi avec 17 % des faits signalés), les week-ends enregistrent de moindres déclarations (20 % sur les samedis et dimanches).

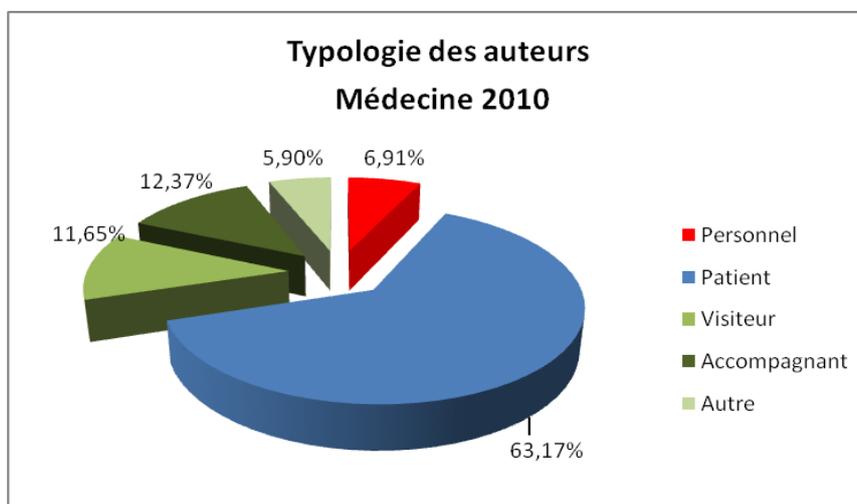
L'approche horaire des faits déclarés montre que les **créneaux 08h00-12H00 et 14h00-18h00 sont les plus générateurs d'actes de violence**, ce qui s'explique par les raisons de fréquentations de ce type de service (journée) : le créneau de l'après-midi enregistre une hausse de +6.5 % de faits supplémentaires.

Le créneau du matin (06h00 / 12h00) enregistre corrélativement une diminution des faits survenus au cours de cette période (32 % contre 38 %).

Là encore il convient de **tenir compte de ces données dans l'organisation des services et l'adaptation des effectifs au travail.**

VII.3.3 Typologie des personnes concernées

VII.3.3.1 Les auteurs



Auteurs-Médecine générale 2010	Personnel	%	Patient	%	Visiteur	%	Accompagnant	%	Autres	%	Total
Atteinte aux biens	4		16		1		0		8		
Atteinte aux personnes	44		423		80		86		33		
Total	48	6.91%	439	63.17%	81	11.65%	86	12.37%	41	5.90%	695

Les *auteurs principaux des faits de violence déclarés demeurent les patients* eux-mêmes avec plus de 63 % des actes, soit + 3% comparativement à 2009.

Les violences commises par les « visiteurs-accompagnants-autres » demeurent toujours à un niveau élevé : 30 % (+1%).

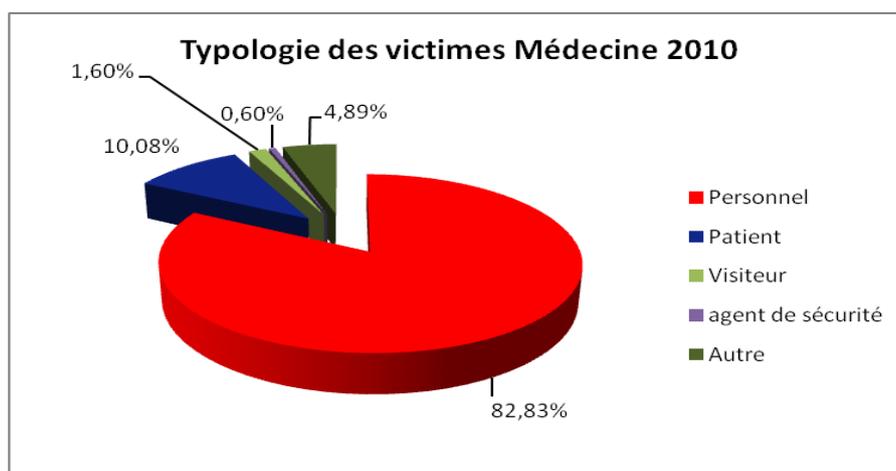
En revanche si en 2009 les violences commises par le personnel avaient augmenté de +8 %, elles diminuent en 2010 de – 3 %.

Ces données statistiques sont donc différentes de celles enregistrées pour les services de psychiatrie (patients-auteurs dans 90 % des cas et visiteurs/accompagnants/autres, auteurs dans 8 % des situations) *mais confirment l'évolution enregistrée en 2009, à savoir des données statistiques se rapprochant de celles des services des urgences, en ce qui concerne les patients-auteurs* (auteurs dans 60 % des situations) *et des visiteurs/accompagnants/autres-auteurs* (auteurs dans 38 % des actes de violence).

La diminution des violences commises par le personnel soulève les mêmes interrogations que pour les structures précédentes étudiées, quant aux raisons de cette évolution.

Il n'en demeure pas moins qu'un travail de fond doit être poursuivi et pérennisé afin que la qualité de l'accueil et des soins prodigués aux patients ne soient pas altérés.

VII.3.3.2 Les victimes



Victimes-Médecine générale 2010	Personnel	%	Patient	%	Agent de sécurité externe	%	Visiteur	%	Autre	%	Total
Atteinte aux biens	65		38		-		5		39		
Atteintes aux personnes	765		70		3		11		10		
Total	830	82.83%	101	10.08%	6	0.6%	16	1.6%	49	4.89%	1002

Le personnel représente près de 83 % des victimes pour toutes les violences commises au sein des services de médecine générale, ce qui est représenté une hausse de +2 % comparativement à 2009.

En revanche la catégorie patients-victimes qui avait enregistré une forte hausse en 2009 (+ 8 %), accuse une diminution de - 4 % en 2010.

VII.3.4 Typologie des interventions dans la gestion des évènements

Interventions – Médecine générale 2010	Nombre de signalements	%
Aucune	401	49.26%
Autre	22	2.70%
des forces de l'ordre	29	3.56%
du personnel hospitalier	317	38.94%
du service de sécurité interne	127	15.80%
Total	896	

(le total est supérieur à 100 % puisqu'il peut y avoir 2 ou 3 interventions pour le gestion d'un même évènement).

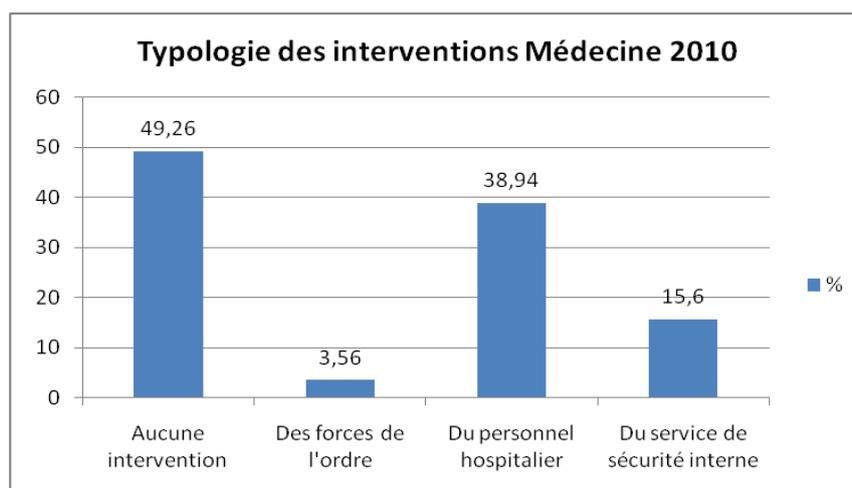
Le personnel, première victime des évènements, reste toujours le premier intervenant face aux situations de violence rencontrées, et ce *dans près de 39 %* des situations vécues (soit +3 % qu'en 2009).

Parallèlement il s'avère que :

- L'intervention des agents de sécurité a lieu dans 15.8 %.
- Puis celle des forces de l'ordre dans près de 3.6 % des situations.

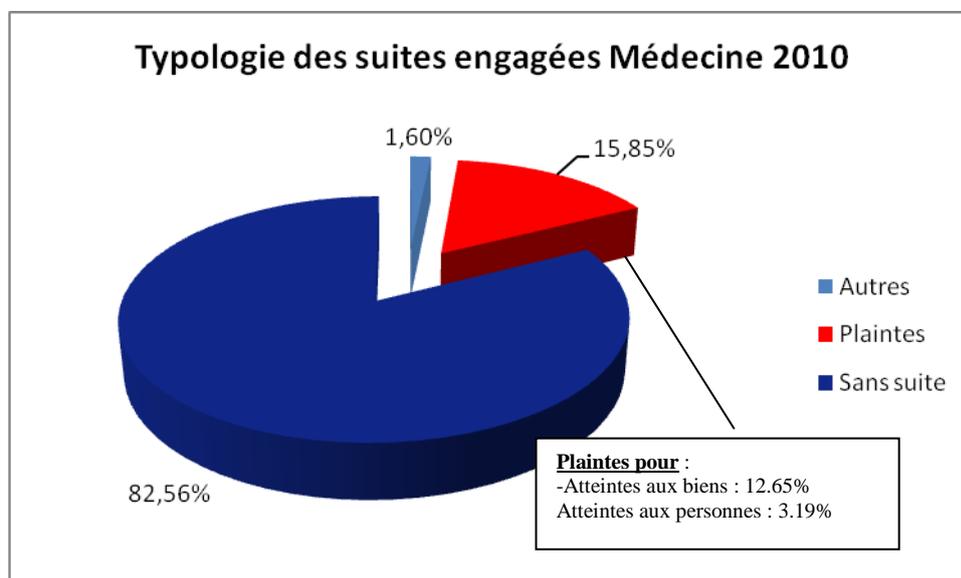
Ces interventions limitées de renforts (agents de sécurité internes ou forces de l'ordre), confrontées à des interventions croissantes des personnels soignants, peuvent sans doute s'expliquer partiellement par le fait que les violences enregistrées au sein de cette structure sont essentiellement de injures et insultes, avant les agressions physiques par coups.

Ces données apparaissent clairement dans le graphique suivant :



VII.3.5 Gestion des faits survenus en médecine générale

VII.3.5.1 Les suites générées



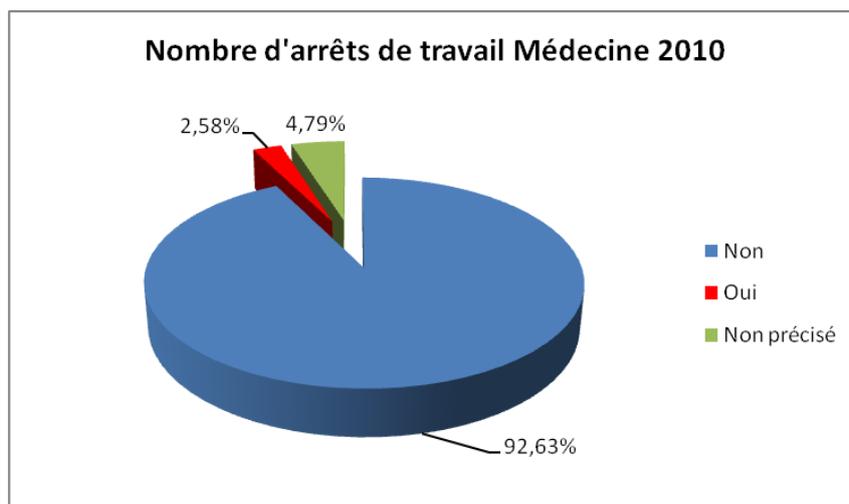
Suites engagées – Médecine 2010	Nombre de signalements	%
Aucune suite engagée	672	82.56%
Plaintes	129	15.85%
Autre	13	1.60%
Total	814	100%

Le dépôt de plainte en services de médecine générale augmente légèrement en 2010 : près de 16 % des violences subies entraînent une procédure, soit +1.8 % de plus qu'en 2009. Il reste cependant faible, comme pour les autres structures étudiées.

En revanche, contrairement aux services des urgences, la prédominance des dépôts de plainte pour les atteintes aux biens est ici nette, ce qui peut s'expliquer par la prédominance des vols sans effraction relevée (dépôt de plainte lié à des exigences des compagnies d'assurances).

Un travail de partenariat avec les forces de l'ordre devra être appuyé afin que l'absence de dépôt de plainte ne soit pas liée à la lourdeur de la procédure ou de l'attente.

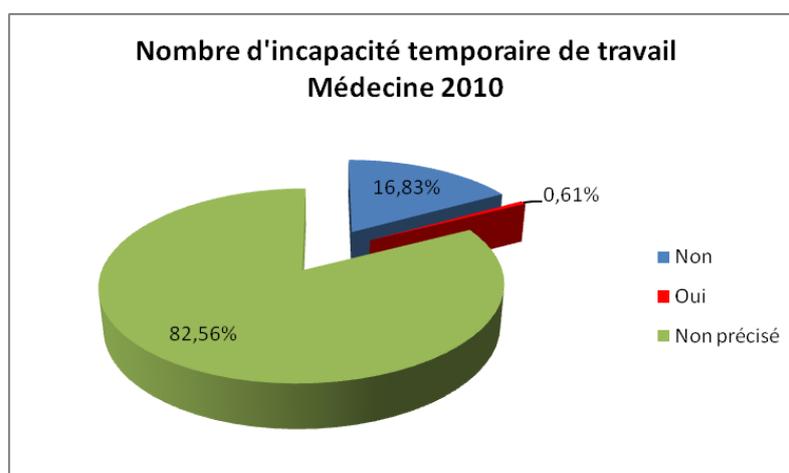
VII.3.5.2 Les arrêts de travail



Ces statistiques corroborent et complètent les précédentes : dans 92 % des cas, aucun arrêt de travail n'est enregistré, et lorsqu'un arrêt de travail est posé, c'est à la suite d'une atteinte aux personnes.

Médecine générale – 2010 - Arrêt de travail	Nombre de signalements	%
non	754	92.63%
non précisé	39	4.79%
oui	21	2.58%
Total	814	100,00 %

VII.3.5.3 Les incapacités temporaires de travail



Médecine générale – 2010 - ITT	Nombre de signalements	%
Non	137	16.83%
Non précisé	672	82.56%
Oui	5	0.61%
Total	614	100,00 %

VIII CONCLUSION – PERSPECTIVES

Le bilan national des remontées des signalements d'actes de violence en milieu hospitalier analyse l'ensemble des situations de violence subies ou vécues au sein des établissements de santé, et déclarées à l'Observatoire National des Violences en milieu Hospitalier via le logiciel Netsurvey, conçu et diffusé en septembre 2005, remanié en avril 2006 selon les termes de la circulaire n° DHOS/2005/327 du 11 juillet 2005.

Cependant le besoin croissant d'affiner les analyses nécessite un recueil des données toujours plus détaillé (telles que : les catégories du personnel le plus exposé, les victimes concernées sont-elles davantage féminines ou masculines, les causes de la manifestation de la violence lorsqu'elle est identifiable, etc.....).

C'est la raison pour laquelle l'outil de déclaration doit évoluer (évolution prévue en 2010 et reportée en 2011).

L'année 2010 enregistre 5090 déclarations de faits de violence, soit une hausse de 7.3 % de faits supplémentaires comparativement à 2009 pour 303 établissements déclarants (soit – 8.4 % d'établissements déclarants).

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

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

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

Il n'est plus possible d'ignorer que la violence existe au sein des établissements de santé, qu'elle soit endogène (patients) ou exogène, qu'elle soit involontaire (expression d'une pathologie) ou recherchée et ciblée (invasion de bandes, règlement de compte entre bandes rivales, manifestation d'un énervement ou d'une angoisse). Il convient d'intégrer au mieux cette dimension afin que les politiques de prévention et de gestion les plus appropriées et les plus efficaces soient mises en œuvre.

Cependant l'évolution des dernières statistiques met en exergue une hausse significative de faits qualifiés « d'incivilités », accompagnée d'une diminution sensible des niveaux de gravité des violences (les faits qualifiés coups ou relevant d'une qualification criminelle). Or cette notion peut davantage se rattacher à un problème d'éducation, de comportements sociaux, qu'à un phénomène de violence stricto sensu.

Les analyses développées traduisent :

- *Une grande disparité des déclarations de violence selon les régions*, disparité qui n'est pas nécessairement en lien avec la situation de la délinquance générale enregistrée au sein de cette même région ;
- *Les établissements psychiatriques sont un peu moins nombreux à déclarer* des événements survenus au sein de leurs structures, *mais les services de psychiatrie demeurent les services les plus exposés aux manifestations de violence*, même si la part de ces déclarations diminue encore nettement au cours de l'année 2010 : 32 % contre 39 % en 2009 et 52% en 2008.
- *Le trio des services les plus impactés par les manifestations de violence reste toujours les services de psychiatrie, des urgences et de médecine générale.*
- Parmi l'ensemble des violences signalées, tout service et tout établissement confondus, *les atteintes aux personnes restent très largement majoritaires avec 83 %* des actes commis mais reculent de manière non négligeable depuis 2 ans. Le niveau de violence reste cependant élevé (niveau 3 sur 4 : il s'agit essentiellement de coups volontaires), même si la hausse des injures est toujours significative.
- Quant aux *atteintes aux biens*, celles-ci restent au niveau le plus faible (niveau 1 sur 3), s'agissant essentiellement de *vols sans effraction et de dégradations légères*. Une réelle attention sur ces atteintes doit être portée car de tels faits contribuent largement à une dégradation du climat de travail et nuit à la qualité d'accueil des patients.
- Les auteurs des violences signalées sont très majoritairement les patients (71 %°), mais selon les services des mesures propres doivent être privilégiées afin de limiter au mieux l'accès aux accompagnateurs/visiteurs/autres (auteurs à 38 % au sein des SAU par exemple).
- Le personnel soignant reste auteur de violences dans 5.3% % des situations signalées, ce qui marque une diminution depuis 2008 (7% en 2008 et 2009) et l'analyse des actes commis met nettement en évidence une prédominance des injures diligentées contre le personnel lui-même (près d'1 fait de violence commis par le personnel à l'encontre d'un autre personnel). Cependant 2010 met aussi en exergue une part non négligeable de coups portés entre personnels (dans 1 cas sur 3 de violences exercées entre eux). *Ceci révèle des conflits entre personnels importants (dans 77 % des cas où le personnel est auteur de violences dénoncées), et peut traduire une dégradation du climat et des conditions de travail.*
- En revanche les *conséquences des violences* subies ou vécues au sein des établissements ont *peu d'incidence* sur le fonctionnement même du service concerné, dans la mesure où le personnel, 1^{ère} victime de ces manifestations dans 82 % des cas (soit + 4% qu'en 2009), dépose *très peu plainte : 12 %* des situations (comme en 2009), et les arrêts de travail ou les incapacités de travail qui en découlent demeurent exceptionnels (< à 5 %).

Les enjeux :

Ces informations et analyses doivent conduire à développer au mieux les structures, les actions et les formations afin de pouvoir apporter une réponse adaptée, efficace et protectrice des patients ET du personnel, et surtout de croiser certaines analyses avec les formations déjà dispensées ou les mesures mises en œuvre par les établissements investis dans une véritable politique de prévention et de gestion des violences puisque certaines statistiques mettent en évidence des évolutions positives relatives à la diminution de manifestations d'actes.

Cette donnée permet bien d'affirmer que *l'expression des manifestations de violence n'est pas une fatalité et qu'il s'agit bien d'une mission commune à plusieurs acteurs*. Seule une synchronisation réelle du travail des acteurs concernés et impliqués permettra d'améliorer l'état des lieux et de réduire efficacement les expressions de violences (actions sur les causes, actions sur les conséquences encourues en cas de violence exercée).

C'est ainsi le sens du protocole Santé-Sécurité mis en place le 12 août 2005 signé entre le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Intérieur dont l'évolution était apparue nécessaire et qui est désormais *le protocole Santé-Sécurité-Justice du 10 juin 2010*. Ce dispositif doit notamment apporter une aide technique supplémentaire aux directeurs des établissements hospitaliers dans la réalisation d'un diagnostic partagé de sécurité efficient.

Cependant parce que la problématique de la violence et donc de la sécurité est devenu un véritable enjeu de santé publique qui n'impacte pas seulement le milieu hospitalier, l'Observatoire National des Violences en milieu Hospitalier s'est engagé pour l'année 2011 dans une réflexion avec les Ministères de l'Intérieur et de la Justice afin *d'élaborer un protocole de sécurité propre aux professionnels de santé exerçant hors des structures hospitalières (libéraux notamment)*.

Il devra permettre de décliner localement la mise en œuvre de moyens adéquats pour faciliter l'exercice de ces professionnels, tant au niveau de la sécurité au sein de leur cabinet ou lors de leurs déplacements (diagnostics de sécurité à réaliser, procédure d'alerte déterminée) qu'au niveau de la procédure de dépôt de plaintes des victimes d'actes de violence (procédure facilitée, identifiée et suivi des plaintes).

Selon cette même perspective, un groupe de travail a été constitué avec l'Observatoire National des Violences en milieu Hospitalier afin de *réaliser un guide méthodologique sur la procédure d'accompagnement des professionnels de santé victimes de violence à l'occasion de leur exercice professionnel*. Ce guide devra permettre à tout professionnel victime de violence lors de son travail, et désirant déposer plainte, de pouvoir engager une procédure judiciaire s'en être restreint par une méconnaissance des circuits procéduraux ou l'absence de prise de charge par son administration (conformément à l'art.11 de la loi de 1983).

C'est dans ce même esprit que l'ONVH dispose depuis juin 2009 d'un site internet (<http://www.sante-sports.gouv.fr/observatoire-national-des-violences-hospitalieres-onvh.html>) devant permettre à chaque professionnel de santé publique de trouver des

informations adéquates en ce qui concerne le thème de la violence et de la sécurité au sein des établissements de santé, mais aussi de trouver un lieu de partage d'expériences sur ces thèmes (tel en décembre 2009 le livret de sécurité à l'usage des médecins, réactualisé, et diffusé par le ministère de l'intérieur).

L'objectif final reste que *le sentiment de sécurité qui doit prévaloir au sein des établissements de santé, quels qu'ils soient, ou lors de l'exercice professionnel de chaque professionnel de santé, doit s'accompagner d'un recul du sentiment d'impunité pour les auteurs*. Or ce n'est qu'en coordonnant les actions de chaque partenaire et acteur (Santé, Intérieur, Justice) que nous pourrons tendre vers la réalisation la plus appropriée de cet objectif.

-0-



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.

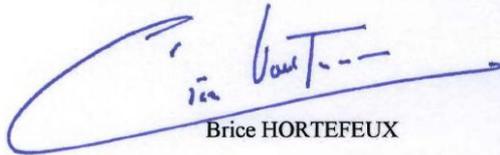
Article 13

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.

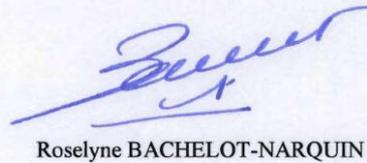
Fait à Paris, le 10 JUIN 2010

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

Evolution des condamnations prononcées pour des agressions de personnel de santé

(Statistiques consolidées et données 2009 – Ministère de la Justice – NB : Ce tableau n'inclut que les condamnations définitives et les faits concernés peuvent donc concerner des faits antérieurs à l'année civile. Seules les infractions commises au préjudice du personnel de santé sont identifiées car il s'agit d'une circonstance aggravante dans la poursuite et seules les atteintes aux personnes sont recensées)

Type de Condamnation	Année	Nombre de Condamnation	Nombre de Condamnation (pour infraction unique dans la poursuite)	Nombre de Condamnation avec peine d'emprisonnement	Nombre de Condamnation avec peine d'emprisonnement ferme	Quantum de l'emprisonnement (en mois)	Nombre de mesure de substitution	Nombre de mesure éducative	Nombre de dispense de peine	Nombre d'amendes	Montant moyen de l'amende
Condamnations pour des violences sans ITT	2005	34									
	2006	49									
	2007	83	42	32	12	4	4	1	1	4	
	2008	75	35	26	15	5	2		1	6	342
	2009	68	33	24	8	6.5	3		1	5	380
Condamnations pour des violences <8j d'ITT	2005	53									
	2006	68									
	2007	68	47	38	10	2,5	2			7	
	2008	82	51	36	15	5	4	1	2	8	369
	2009	82	58	43	13	4.2	4		1	10	483
Condamnations pour des violences >8j d'ITT	2005	11									
	2006	7									
	2007	7	5	2			1		1	1	750
	2008	11	8	7	1						
	2009	11	9	8	3	4.7				1	SURSI S
Type de Condamnation	Année	Nombre de Condamnation	Nombre de Condamnation (pour infraction unique dans la poursuite)	Nombre de Condamnation avec peine d'emprisonnement	Nombre de Condamnation avec peine d'emprisonnement ferme	Quantum de l'emprisonnement (en mois)	Nombre de mesure de substitution	Nombre de mesure éducative	Nombre de dispense de peine	Nombre d'amendes	Montant moyen de l'amende
Condamnations pour menace de mort ou d'atteinte aux biens dangereuse pour les	2006	9							84		

personnes											
	2007	20	13	10	4	2,5	1			2	300
	2008	17	9	9	4	4.8				1	400
	2009	16	9	8	4	2.8	1				
Condamnations pour menace de crime ou délit	2005	2									
	2006	12									
	2007	8	3	2	1				1		
	2008	10	3	1			1			1	300
	2009	16	6	4	2	1.5	1			1	200
Condamnations pour acte d'intimidation	2007	2	1							1	400
	2008	1	1	1							
	2009	3	1	1	SURISIS						

(Statistiques consolidées et données 2009 – Ministère de la Justice – NB : Ce tableau n'inclut que les condamnations définitives et les faits concernés peuvent donc concerner des faits antérieurs à l'année civile. Seules les infractions commises au préjudice du personnel de santé sont identifiées car il s'agit d'une circonstance aggravante dans la poursuite et seules les atteintes aux personnes sont recensées)

Statistiques Protocoles /régions Zone GN - Octobre 2009

Régions	Nbre de correspondants sécurité	Nbre d'établissements	Nbre de diagnostics sécurité	Nbre de protocoles
Alsace	15	20	4	10
Aquitaine	18	18	14	5
Auvergne	12	20	19	12
Basse-Normandie	16	19	19	20
Bourgogne	18	34	8	9
Bretagne	24	28	9	14
Centre	7	11	8	8
CGOM	18	22	8	7
Champagne-Ardenne	10	16	9	4
Charente-Poitou	9	14	9	1
Corse	3	6	0	0
Franche-Comté	5	5	3	3
Haute Normandie	15	15	9	14
IDF	17	13	0	2
Languedoc Roussillon	31	43	12	10
Limousin	3	8	0	0
Lorraine	27	37	3	12
Midi-Pyrénées	15	20	10	11
Nord Pas de Calais	10	12	1	2
Paca	29	39	5	3
Pays de la Loire	20	54	18	9
Picardie	31	32	7	13
Rhône-Alpes	81	84	36	26
434	570	211	195	

(Données actualisées prochainement)

Statistiques Protocoles /régions Zone PN - Octobre 2009

Régions	Nbre de correspondants sécurité	Nbre d'établissements concernés	Nbre de protocoles
Alsace	7	7	7
Aquitaine	12	12	12
Auvergne	10	10	10
Basse-Normandie	19	19	19
Bourgogne	4	4	4
Bretagne	21	13	12
Centre	7	7	7
Champagne-Ardenne	10	10	10
Charente-Poitou	12	7	8
Corse	0	0	0
Franche-Comté	3	3	3
Haute Normandie	1	1	1
Languedoc Roussillon	46	30	30
Limousin	5	5	5
Lorraine	8	8	8
Midi-Pyrénées	10	9	9
Nord Pas de Calais	22	21	21
Paca	15	15	14
Pays de la Loire	12	11	12
Picardie	2	2	1
Rhône-Alpes	14	15	15
77-78-91-95	29	31	31
DOM-TOM	3	3	3
272	241	242	

(Données actualisées prochainement)