

Guide méthodologique

LA PRÉVENTION DES ATTEINTES AUX PERSONNES ET AUX BIENS EN MILIEU DE SANTÉ



DIRECTION
GÉNÉRALE
DE L'OFFRE
DE SOINS



OBSERVATOIRE NATIONAL
DES VIOLENCES
EN MILIEU DE SANTÉ



La sécurité de la Cité tient moins à la solidité de ses fortifications qu'à la fermeté d'esprit de ses habitants.

Thucydide

460-395 av. J.-C.

Le *Guide méthodologique relatif à la prévention des atteintes aux personnes et aux biens en milieu de santé* recense des dispositifs qui ont été mis en place sur le territoire et qui ont donné satisfaction. Certains éléments constituent une synthèse des bonnes pratiques.

Au-delà du caractère pratique, il a pour but d'aider tous les personnels qui travaillent en milieu de santé à s'approprier pleinement cette thématique. Celle-ci ne saurait être abordée que sous le seul angle de la « sécurité-sûreté » entendue au sens strict. En effet, on peut œuvrer plus aisément à prévenir les atteintes aux personnes et aux biens si on a procédé auparavant à un diagnostic précis des divers facteurs qui génèrent ces atteintes et si ce travail se fait en concertation avec l'ensemble des personnels.

CE GUIDE AYANT UNE VOCATION ÉVOLUTIVE, l'ONVS le mettra à jour non seulement à partir des visites qu'il aura effectuées mais aussi à partir des retours d'expérience, des évolutions techniques et des partenariats développés dont vous lui aurez fait part.

Les Annexes 9 et 10 recensent les principaux textes de référence et les liens utiles pour se reporter aisément aux différentes thématiques évoquées dans ce guide.

Contacts

Le délégué à la sécurité générale
Direction générale de l'offre de soins
14, avenue Duquesne
75350 Paris 07 SP

Pour les questions relatives à la prévention des atteintes aux personnes et aux biens
sante-securite@sante.gouv.fr

Pour les questions relatives aux signalements
Observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS)
dgos-onvs@sante.gouv.fr

Avril 2017

Sommaire

CONTACTS	2
INTRODUCTION	5
Diagnostic préalable et projet de service pour une prise en compte collective	5
Point particulier sur la menace terroriste et le plan Vigipirate	7
DISPOSITIONS COMMUNES	10
Trois niveaux de prévention : primaire, secondaire, tertiaire	10
Six actions concrètes	10
ANALYSER	11
ACCOMPAGNER	11
CONCEVOIR	12
ORGANISER	13
FORMER	14
COMMUNIQUER	15
Les accords « santé-sécurité-justice », une réponse depuis 2005	16
Un dispositif étendu en 2011	16
L'intérêt de ces accords : un socle de collaboration locale et de proximité pour répondre aux problématiques concrètes de chacun	16
Les différents thèmes de fiches rédigées par les établissements	18
LES TROIS DOMAINES D'ACTION D'UNE POLITIQUE DE PRÉVENTION DES ATTEINTES AUX PERSONNES ET AUX BIENS	19
Les premiers constats	19
Le coût des violences à l'hôpital	20
Les trois domaines d'action en matière de sécurité	21
La communication	21
La procédure	21
Les dispositifs	22
FOCUS SUR	23
La vidéo-protection des établissements	23
Le suivi des victimes	26
La formation	27
La diffusion de l'information au quotidien	29
La banque d'accueil	31
Le contrôle des accès	34
Les aménagements possibles de la salle d'attente	35
La sécurité des systèmes d'information	36
La prévention du passage à l'acte	37

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES	38
Les urgences	38
La gériatrie	47
La psychiatrie	49
Le cabinet libéral	51
Les visites à domicile	54
Les parkings	56
L'emploi de la force par les agents	57
• La légitime défense de soi-même ou d'autrui, d'une personne ou d'un bien	57
• L'état de nécessité est un autre cadre permettant l'emploi de la force	57
• L'interpellation d'un individu auteur d'une infraction grave	57
La protection pénale des professionnels de santé et de leur famille	58
Le service de sécurité interne des personnes et des biens	61
LES SOURCES DE FINANCEMENT ENVISAGEABLES	63
D'AUTRES REGARDS CONTRIBUANT AU DÉVELOPPEMENT D'UNE POLITIQUE NATIONALE DE PRÉVENTION DES ATTEINTES AUX PERSONNES, AUX BIENS ET À L'INFORMATION	64
Le rapport sur les violences subies par les professionnels de santé de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) - 2001	64
La directive générale sur la violence au travail dans le secteur de la santé du Bureau international du travail (BIT) - 2002	64
ANNEXES	65
Annexe 1 : Éléments susceptibles d'être repris dans le cadre des accords « santé-sécurité-justice »	65
Annexe 2 : Proposition de fiche de poste du responsable sûreté-sécurité	70
Annexe 3 : La fiche de signalement ONVS	72
Annexe 4 : L'échelle de gravité de signalement de l'ONVS	73
Annexe 5 : Le dispositif des Hospices civils de Lyon	74
Annexe 6 : Rapport IGAS sur les violences subies par les professionnels de santé - 2001	79
Annexe 7 : Principaux extraits de la directive générale du Bureau international du travail (BIT) sur la violence au travail dans le secteur de la santé – 2002	86
Annexe 8 : Fiches réflexes et Fiche points clés d'une politique de sécurité ONVS/FHF/MACSF	93
Annexe 9 : Principaux textes de référence	104
Annexe 10 : Liens utiles	105

Introduction

Diagnostic préalable et projet de service pour une prise en compte collective

La violence au travail affecte pratiquement tous les secteurs et toutes les catégories de travailleurs, mais elle menace particulièrement les professionnels qui sont en contact avec la population dans son ensemble et doivent gérer des situations générant du stress.¹ Elle altère la prestation des services et la qualité des soins dispensés.² L'attrait pour les professions de santé peut s'en ressentir.

Les violences aux personnes représentent près des trois-quarts des signalements déclarés à l'ONVS [Observatoire national des violences en milieu de santé](#). Elles sont de loin les plus mal perçues par les personnels.

Parmi les types de violences répertoriés à l'ONVS se trouvent **les incivilités**. Elles sont une véritable nuisance sociale qui gangrène les règles élémentaires de la vie en société et, de façon insidieuse, portent gravement atteinte à la qualité de la vie au travail. Répétitives au point de devenir habituelles, ces incivilités peuvent générer chez ceux qui les subissent une accoutumance nocive, destructrice de leur personne et du sens et de l'intérêt de leur travail. L'exposition aux incivilités produit les mêmes effets délétères que la violence : stress chronique, mal-être, perte de confiance, démobilitation des équipes, dégradation de l'ambiance générale, dysfonctionnements, absentéisme. Par répercussion, elles portent également atteinte à la qualité des soins dispensés. Il est donc primordial de lutter contre cette sorte de harcèlement moral qui mérite la mobilisation de tous. L'empathie naturelle des personnels de santé ne doit pas aboutir à accepter l'inacceptable.

Dans le cadre du **suivi des actes de malveillance ou de violence dans le secteur santé, l'instruction n° SG/HFDS/2016/340 du 16 novembre 2016 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements de santé** énonce que : « **les directeurs d'établissements signaleront systématiquement à l'Observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS) l'ensemble des atteintes aux personnes et aux biens qui surviennent dans leur établissement.** La plateforme de signalement extranet recense les déclarations qui sont ensuite traitées et analysées par les services de l'État. C'est aujourd'hui le principal moyen de connaître les situations locales permettant de faire évoluer les politiques publiques en fonction des événements survenant sur le territoire national. » [Instruction SG/HFDS/DGOS/DGS 16-11-2016](#). Cette [plateforme signalement ONVS](#), rapide d'utilisation et intuitive, délivre les statistiques utiles.

¹ Selon l'**Organisation mondiale de la santé (OMS)**, « *La violence est l'utilisation intentionnelle de la force physique, de menaces à l'encontre des autres ou de soi-même, contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès* ». Source : www.who.int/topics/violence/fr/

² **La Haute autorité de santé (HAS)** précise que les liens entre qualité de vie au travail et qualité des soins sont avérés. Ce constat l'a conduit à intégrer la qualité de vie au travail comme l'une des dimensions à prendre en compte dans le cadre de la certification des établissements de santé. Source : www.has-sante.fr/portail/jcms/c_990756/fr/qualite-de-vie-au-travail

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

Ce guide méthodologique propose donc une aide aux établissements et aux professionnels de santé pour améliorer leur sécurité par l'intermédiaire de **conduites à tenir**, de **diffusion de mesures** et de **bonnes pratiques**. Il **développe les fondamentaux de la prévention des atteintes**, évoque certains points faibles constatés ainsi que les grandes orientations envisageables et les moyens pour y parvenir.

S'il n'a pas vocation à être exhaustivement appliqué, en revanche, **il a pour but d'aider les personnels à mener la réflexion préalable qui s'impose pour parvenir à mettre en place la meilleure prévention possible des atteintes aux personnes et aux biens dans le contexte de travail et environnemental qui leur est propre. En effet, il est constaté que, pour être intégrées par l'ensemble des personnels et donc être efficaces, les mesures pensées et mises en œuvre ont toutes les chances de réussir si, d'une part, elles sont développées dans le cadre d'un projet de service et d'une démarche collective et si, d'autre part, elles sont accompagnées et diffusées de façon pragmatique.**

Ce guide aide à la réflexion sur les violences, les incivilités et leurs conséquences dans la désorganisation de l'offre de soins, car l'hôpital et le cabinet de soins ne sont plus aujourd'hui des sanctuaires épargnés par ces violences et incivilités. Cette réflexion aidera les personnels de santé à développer une culture pérenne de la gestion des risques et de la sécurité.

La sécurité des établissements et des professionnels de santé, si elle dépend en partie des services de sécurité de l'État, – de fait, des diagnostics ou des conseils peuvent être réalisés gratuitement par les référents sûreté de la police et de la gendarmerie dans le cadre des conventions « santé-sécurité-justice » tant pour les établissements de santé que pour les ordres professionnels. Ces diagnostics ne sont pas contraignants, – **dépend surtout des mesures prises en interne permettant d'éviter, de retarder ou de gérer les violences et les incivilités.**³

³ **À PROPOS DE LA RESPONSABILITÉ DU CHEF D'ÉTABLISSEMENT ET DE L'EMPLOYEUR**, l'article L. 4121-1 du code du travail dispose que : « Le chef d'établissement prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs de l'établissement, y compris les travailleurs temporaires. Ces mesures comprennent des actions de prévention des risques professionnels, d'information et de formation ainsi que la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés. L'employeur veille à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes ».

L'article L. 4121-2 du code du travail dispose que : « L'employeur met en œuvre les mesures prévues à l'article L.4121-1 sur le fondement des principes généraux de prévention suivants : 1° Éviter les risques ; 2° Évaluer les risques qui ne peuvent pas être évités ; 3° Combattre les risques à la source ; 4° Adapter le travail à l'homme, en particulier en ce qui concerne la conception des postes de travail ainsi que le choix des équipements de travail et des méthodes de travail et de production, en vue notamment de limiter le travail monotone et le travail cadencé et de réduire les effets de ceux-ci sur la santé ; 5° Tenir compte de l'état d'évolution de la technique ; 6° Remplacer ce qui est dangereux par ce qui n'est pas dangereux ou par ce qui est moins dangereux ; 7° Planifier la prévention en y intégrant, dans un ensemble cohérent, la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l'influence des facteurs ambiants, notamment les risques liés au harcèlement moral, tel qu'il est défini à l'article L. 1152-1 ; 8° Prendre des mesures de protection collective en leur donnant la priorité sur les mesures de protection individuelle ; 9° Donner les instructions appropriées aux travailleurs. »

Point particulier sur la menace terroriste et le plan Vigipirate

À ces violences, il convient d'ajouter la menace terroriste. Protéger les usagers et les personnels des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux est essentiel.

À cette fin, le ministère chargé de la santé a élaboré deux guides « vigilance attentats : les bons réflexes » destinés respectivement aux équipes de direction et aux personnels des établissements.⁴

Ces guides ont deux objectifs :

- fournir des indications concrètes pour préparer les établissements, les personnels et les usagers à l'éventualité d'une attaque,
- réagir au mieux avant même l'arrivée des forces de sécurité et durant leur intervention.

Ils complètent les procédures et les consignes de sécurité déjà mises en place pour prévenir la menace terroriste et d'autres risques.

Par ailleurs, à la suite d'une lettre conjointe du 16 novembre 2016 des ministres des affaires sociales et de la santé et de l'intérieur adressée aux préfets et aux directeurs généraux des agences régionales de santé, concernant la sécurisation des établissements de santé,⁵ une instruction du haut fonctionnaire de défense et de sécurité du MASS, de la DGS et de la DGOS, développe la mise en place d'une politique de sécurisation dans les établissements de santé.⁶

L'instruction rappelle que : « *Le contexte de menace terroriste et les récents attentats imposent une vigilance accrue et nécessitent d'assurer, sur l'ensemble du territoire, la mise en œuvre effective de mesures particulières de sécurité au sein des établissements de santé. [...]*

Les établissements de santé publics et privés devront élaborer une politique globale de sécurité intégrant notamment la prévention des attentats. Dans ce domaine, la responsabilité des établissements s'exerce tant vis-à-vis du personnel, au titre de la responsabilité de l'employeur, que vis-à-vis des patients, usagers et prestataires.

Pilotée par les agences régionales de santé (ARS) au niveau régional, cette politique de sécurité des établissements de santé devra être réalisée en lien avec les préfets, les collectivités territoriales et les forces de sécurité intérieure et s'articuler autour de deux documents majeurs et complémentaires :

- *l'élaboration d'un plan de sécurisation d'établissement (PSE),*
- *la conclusion ou l'actualisation d'une convention « santé-sécurité-justice »⁷,*

⁴ [Vigilance attentats - guide pratique pour les équipes de direction des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux](#)

[Vigilance attentats - guide pratique pour les personnels des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux](#)

⁵ Lettre du 16 novembre 2016, La sécurisation des établissements de santé, NOR AFS/C/16/333/94C.

⁶ Instruction n° SG/HFDS/2016/340, 16 novembre 2016, et ses annexes, intégralement publiée sous le lien suivant : http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2016/16-12/ste_20160012_0000_0061.pdf

⁷ L'instruction précise que : « *Ces conventions doivent notamment comprendre les dispositions suivantes :*

- *la coordination de l'action dans le domaine de la sécurité ;*

L'instruction précise également :

- le rôle des ARS dans l'animation et la coordination de la politique régionale de sécurité de l'offre de soins,
- les mesures à mettre en œuvre par les établissements de santé,
- les moyens financiers alloués aux établissements en mesures nouvelles pour renforcer leur sécurité,
- les prescriptions spécifiques en matière de prévention de la radicalisation.⁸

À cet effet, le HFDS des ministères chargés des affaires sociales en lien avec la DGOS a publié un **Guide d'aide à l'élaboration d'un plan de sécurisation d'établissement** (PSE).

Le plan Vigipirate

Le plan Vigipirate est au cœur du dispositif national de protection face à la menace terroriste. Il a été consolidé en décembre 2016 et associe tous les acteurs nationaux – l'État, les collectivités territoriales, les opérateurs publics et privés et les citoyens – à une **démarche de vigilance de prévention et de protection**.

Il a notamment pour objectifs :

- d'assurer en permanence la protection des citoyens, du territoire et des intérêts de la France contre la menace terroriste,
- de développer et maintenir une culture de vigilance de l'ensemble des acteurs de la Nation afin de prévenir et de déceler le plus en amont possible toute menace d'action terroriste,
- de permettre une réaction rapide et coordonnée en cas de menace caractérisée ou d'action terroriste, afin de renforcer la protection, de faciliter l'intervention, d'assurer la continuité des activités d'importance vitale, et donc de limiter les effets du terrorisme.

-
- les procédures d'information de l'autorité judiciaire, notamment du procureur de la République ;
 - le diagnostic des situations à risques et des dispositifs de prévention notamment dans les établissements de santé ou les services les plus exposés à des risques d'incivilité et de violence ;
 - les modalités d'intervention des forces de sécurité auprès des établissements et des professionnels de santé, ainsi que le renforcement de l'action des établissements en situation de crise ;
 - les procédures d'information et sensibilisation des personnels hospitaliers à la prévention et à la gestion des conflits en milieu de santé. » Instruction n° SG/HFDS/2016/340, 4 novembre 2016, §3.

Les conventions déjà signées seront mises à jour dans le cadre de la présente instruction, en y incluant les risques liés à la menace terroriste. »

⁸ Sur la radicalisation on pourra également se référer à :

- [Instruction N° SG/2016/14 du 8 janvier 2016 relative au cadre d'intervention des agences régionales de santé s'agissant des phénomènes de radicalisation](#)
- [Instruction N° SG/2016/377 - 2 décembre 2016 relative à la déclinaison de la stratégie territoriale du ministère des affaires sociales et de la santé par les ARS dans le cadre de la prévention et de la prise en charge de la radicalisation](#)
- www.interieur.gouv.fr/SG-CIPDR/Prevenir-la-radicalisation/Prevenir-la-radicalisation
- [MIVILUDES - mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires](#)

Ainsi, depuis décembre 2016, le plan Vigipirate comprend désormais trois niveaux, qui permettent au dispositif de sécurité intérieure de s'adapter rapidement en fonction de l'intensité de la menace terroriste :

- un niveau de **vigilance** correspondant à la posture permanente de sécurité et la mise en œuvre de mesures toujours actives,
- un niveau « **sécurité renforcée – risque d'attentat** » adaptant la réponse de l'Etat à une menace terroriste élevée voire très élevée,
- un niveau « **urgence attentat** » pouvant être mis en place immédiatement après un attentat ou si un groupe terroriste identifié et non localisé entre en action.

Le plan Vigipirate comprend en deux parties :

- un document public « Faire face ensemble » visant à informer la population des mesures de protection et de vigilance qui la concernent et à mobiliser l'ensemble des acteurs du plan,
- un document classifié comprenant toutes les précisions nécessaires à sa mise en œuvre.
[Brochure Vigipirate 2016 - Faire face ensemble - SGDSN](#) (partie publique)

Le plan Vigipirate permet d'adapter en permanence le dispositif de vigilance, de prévention et de protection face aux menaces d'actions terroristes. À cette fin, des directives appelées « postures Vigipirate » sont régulièrement diffusées par le HFDS des ministères chargés des affaires sociales. Une instruction ministérielle relative à la déclinaison du nouveau plan Vigipirate sera publiée pour l'été 2017.

Dans le cadre de la planification de lutte contre le terrorisme et la malveillance, un plan de continuité d'activité (PCA) complète utilement ce dispositif. Pour vous aider dans cette démarche, le guide PCA élaboré par le secrétariat général de défense et de sécurité nationale (SGDSN) est disponible sur [Guide Plan de continuité d'activité \(PCA\) - SGDSN](#).

Il est également possible de se référer aux documents synthétiques de la revue *Lirec* de l'Institut national des hautes études de la sécurité et de la justice (INHESJ) :

[Revue Lirec n°47 INHESJ](#) (pages 14 à 24)

[Revue Lirec n°48 INHESJ](#) (pages 42 à 44)

[Revue Lirec n°53 INHESJ](#) (pages 30 à 31)

Dispositions communes

L'objectif d'une politique de prévention des atteintes aux personnes et aux biens est de **diminuer la fréquence et la gravité des faits**. Ce guide doit permettre aux professionnels de santé de développer cette politique selon **trois niveaux de prévention et six actions** :

Trois niveaux de prévention : primaire, secondaire, tertiaire

- **LA PRÉVENTION PRIMAIRE** – prévenir le fait avant qu'il ne se manifeste (en agissant sur l'environnement et l'organisation) ;
- **LA PRÉVENTION SECONDAIRE** – se concentrer sur les réactions immédiates à la survenue d'un fait et la formation à la gestion des situations à risques ;
- **LA PRÉVENTION TERTIAIRE** – après un événement, se concentrer sur la prise en charge, l'accompagnement et la réparation (soins, corrections, etc.) dans la durée.

Six actions concrètes

- **ANALYSER** : analyser systématiquement et de manière exhaustive les atteintes aux personnes, aux biens afin d'objectiver et de reconnaître les situations à risques, sortir du « ressenti » et dégager la pluri-causalité de ces agressions.
- **ACCOMPAGNER** : développer la prise en charge et l'accompagnement des victimes d'agressions, tant sur le plan médico-social, psychologique, professionnel que juridique.
- **CONCEVOIR** : faire évoluer l'organisation du travail et la gestion de la relation avec les usagers.
- **ORGANISER** : améliorer l'ergonomie, la propreté, le confort et la fluidité des lieux d'accueil du public, mais aussi la sécurité des lieux, des postes de travail et des accès aux locaux de l'établissement. Adapter le travail à l'homme, tenir compte de l'évolution de la technique, remplacer ce qui est dangereux par ce qui l'est moins.
- **FORMER** : former régulièrement ses salariés et se former pour maîtriser les procédures de gestion des risques auxquels les professionnels de santé sont confrontés, mais aussi gérer les situations conflictuelles et désamorcer la violence des usagers.
- **COMMUNIQUER** : mettre en place plusieurs niveaux de communication adaptés aux objectifs visés, en différenciant le court terme du long terme.

ANALYSER

Analyser systématiquement et de manière exhaustive les atteintes aux personnes, aux biens (dont les informations) afin d'objectiver et reconnaître les situations à risques, sortir du « ressenti » et dégager la pluri-causalité de ces agressions.

- Disposer d'un **outil unique** recensant au quotidien tous les événements liés à la violence : interventions du service de sécurité, déclarations d'événements indésirables, accidents du travail. Il peut reprendre la nomenclature de la grille de signalement ONVS permettant ainsi des statistiques comparées (v. La fiche de signalement ONVS, Annexe 3 [\[ci-dessous\]](#)). L'outil doit permettre l'identification précise des causes (prise en charge perfectible, faiblesse des structures, etc.) dans un but d'action.
- **Déclarer tous les faits à l'ONVS** afin de profiter de son assistance, de son expertise, des bonnes pratiques centralisées et de porter le sujet au niveau central dans un but d'action à ce niveau – seule l'exhaustivité des signalements permet d'objectiver les prises de décisions.
- Faire réaliser un **diagnostic de sécurité partagé**. Cette prestation est fournie gratuitement par la police et la gendarmerie dans le cadre des accords « santé-sécurité-justice ».
- Privilégier une analyse de sécurité prenant en compte les différents flux (biens, informations et personnes – « BIP »).
- Identifier les interactions entre les violences et les autres risques pour une politique globale de gestion des risques.

ACCOMPAGNER

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

- Développer une **politique proactive d'accompagnement** des personnels et usagers victimes, en collaboration avec les services de santé au travail.⁹
- **Identifier les interlocuteurs** externes intervenant en faveur des victimes.
- **Diffuser la documentation utile** aux victimes comme les fiches réflexes ONVS/FHF/MACSF, le guide victime du ministère de la justice et les documents supports de la médecine du travail.
- **Vérifier la fiabilité et l'appropriation du matériel de sécurité** : systèmes au fonctionnement simple, compréhensibles par tous, accessibles et fiables.
- **Entretenir des liens avec le procureur de la République** permettant de faciliter les échanges d'informations, notamment sur les suites données aux actions judiciaires, et développer la politique de constitution de partie civile par l'établissement ou les ordres professionnels.
- **Se constituer partie civile dès qu'un personnel est victime** d'atteinte aux personnes. Un préjudice direct suffit à motiver la constitution de partie civile.

⁹ « Il existe un contexte de souffrance déjà préexistant sur lequel l'irruption assez récente – et en augmentation constante – de la violence à l'hôpital joue un rôle certain. À ce titre, la violence à l'hôpital est reconnue, puisque depuis deux ans, dans les indicateurs officiels de la qualité de vie au travail, (à côté de l'absentéisme, des turnovers, des visites chez le médecin du travail), figure le nombre de violences physiques [...] ». Docteur Olivier Robert, médecin du personnel, service de médecine et santé au travail, GHEH, Lyon (HCL). Actes de la conférence débat, Hôpital 2000, faculté de médecine Lyon-Est, 4 octobre 2016, *Souffrance des soignants à l'hôpital - Contexte actuel, prévention, et prise en charge*, pP. 59.

CONCEVOIR

Faire évoluer l'organisation du travail et la gestion de la relation avec les usagers.

- **Conduire une réflexion sur le fonctionnement des services et sur l'organisation du travail**, afin d'éviter les situations conflictuelles entre le public et le personnel : séparation des flux personnels/patients, mise en place d'une frontière hermétique entre l'espace clinique et l'espace public, transparence des services, gestion du temps d'attente, de la complexité des démarches, retour de l'information vers les usagers et les accompagnants, etc.).
- **Intégrer le paramètre « sécurité » dès l'origine de tout projet**, que ce soit dans le projet d'établissement, dans les projets de construction (dès la phase programme) ou les projets de soins, afin de réduire les coûts en passant de la réaction à la prévention. **Pour certains types de bâtiments** (dont les « ERP », établissements recevant du public) **et dans certaines circonstances, une étude préalable de sûreté et de sécurité (dite « ESSP ») est obligatoire pour obtenir la délivrance du permis de construire.**¹⁰

LES RÈGLES DE « L'ESSP » (art. R114-1 du code de l'urbanisme). Elle est obligatoire :

- dans les agglomérations de plus de 100.000 habitants (au sens du recensement général de la population) :
 - pour la création d'un ERP de 1^{ère} catégorie (plus de 1500 personnes) et de 2^e catégorie (de 701 à 1500 personnes), ainsi que pour les travaux soumis à permis de construire portant sur des ERP de 1^{ère} ou 2^e catégorie existants. Ces travaux doivent avoir pour effet d'augmenter de plus de 10 % l'emprise au sol ou de modifier les accès sur la voie publique,
 - lors d'une **opération de construction** soumise à permis de construire (création ou rénovation / agrandissement) qui crée une surface de plancher \geq à **70.000 m²**,
 - pour une **opération d'aménagement** qui crée une surface de plancher $>$ à **70.000 m²**.
- sur tout le territoire national :
 - pour les **opérations de rénovation urbaine** comprises dans un projet conventionné par l'agence nationale de rénovation urbaine (ANRU) qui comportent la démolition d'au moins 500 logements et qui ont été déterminées par un arrêté du préfet en fonction de leurs incidences sur la protection des personnes et des biens.
 - lorsque le préfet définit par arrêté un **périmètre** à l'intérieur duquel il rend obligatoire la réalisation d'une ESSP pour certaines opérations : création d'un ERP de 3^e à 5^e catégorie et/ou opération d'aménagement dont la surface de plancher sera comprise entre un seuil qu'il aura fixé et les 70.000 m².

¹⁰ **LA FINALITÉ DE L'ÉTUDE DE SÛRETÉ ET DE SÉCURITÉ PUBLIQUE (ESSP).**

« L'objectif de ce dispositif est de faire en sorte que la prévention de la malveillance dans l'urbanisme et la construction soit prise en compte par les maîtres d'ouvrage au même titre que le développement durable, les qualités environnementales, urbaines et sociales.

La malveillance englobe, selon le contexte, les incivilités, le vandalisme, la délinquance ou la criminalité mais aussi le risque terroriste. Sa prévention ne saurait donc être mise en œuvre de manière uniforme sur l'ensemble du territoire national, où les enjeux sont de natures diverses.

En généralisant la réalisation d'études de sécurité dans les plus importantes opérations d'aménagement et de construction, la réglementation conduit les maîtres d'ouvrage et les autorités publiques à mobiliser des moyens nouveaux en professionnalisant des pratiques jusqu'à **présent très empiriques et aléatoires. Elle les invite aussi à renforcer leurs capacités d'écoute et de dialogue.** » Source : [Circulaire interministérielle 2007 sur les ESSP](#).

[Art L.114-1 à L.114-4 du code de l'urbanisme - Art R.114-1 à R.114-3 du code de l'urbanisme \(qui regroupent les dispositions des anciens décrets n°2007-1177 du 3 août 2007 et n° 2011-324 du 24 mars 2011\)](#)

Pour une présentation et un exemple de mise en œuvre de l'ESSP : [Préfecture Seine-Maritime - Plaquette présentation ESSP - Préfecture Bas-Rhin - 4 fiches pratiques sur la procédure des ESSP \(2012\)](#)

- Développer une **politique globale de gestion des risques** (ISO 31 000...) intégrant les risques professionnels.
- Établir un **tableau de bord de suivi** de la politique de lutte contre les atteintes. Ex : méthode ARR-VEXT provenant de la Martinique, document unique, etc. (v. Liens utiles, Annexe 10 [\[ci-dessous\]](#)).
- Élaborer et signer un **protocole d'accord « santé-sécurité-justice » avec les acteurs locaux et le réviser annuellement**. Ces protocoles renforcent les liens de proximité par la désignation d'un correspondant local police/gendarmerie des professionnels de santé, encouragent des procédures d'alerte particulières, permettent la réalisation de conseils et diagnostics de sécurité, facilitent les démarches avec les services de sécurité de l'État (dépôt de plainte...) et la transmission de l'information judiciaire (suites données...).
- Solliciter un appui extérieur en complément de la démarche (ONVS, etc.).
- Intégrer les mesures de prévention dans le cadre de l'amélioration des conditions de travail.
- **Prioriser les zones ou les services** à sécuriser et les actions à mener pour engager des actions concrètes rapidement et montrer au personnel que le problème est pris en charge.
- **Rédiger des procédures sous format plastifié et vérifier qu'elles sont connues et utilisées**. Les intégrer dans la gestion électronique des documents.
- Prendre en compte l'exploitation et la maintenance des dispositifs.
- **Envisager des sources de financement extérieur** (FIR, CLACT, FIPD, FNP de la CNRACL, FIPHP, FMESPP, assurances, fondations, etc.) pour compléter la démarche interne.
- Intégrer les obligations du plan Vigipirate, comme la mise en œuvre des objectifs permanents de sécurité communs à tous et des objectifs de sécurité spécifiques.

ORGANISER

Il s'agit d'améliorer l'ergonomie, la propreté, le confort et la fluidité des lieux d'accueil du public,¹¹ mais aussi la sécurité des lieux, des postes de travail et des accès aux locaux de l'établissement. Adapter le travail à l'homme, tenir compte de l'évolution de la technique, remplacer ce qui est dangereux par ce qui l'est moins.

- **Intégrer la problématique de sécurité dans tous les processus de décision** notamment en faisant appel à des experts. Le but est d'intégrer cette problématique en faisant naître une culture de la sécurité à tous les niveaux. La sécurité, si elle n'est pas intégrée dès l'origine de tous projets, est chère et peu efficace.

¹¹ **À PROPOS DE LA GESTION DE L'ATTENTE ET DE LA FLUIDITÉ DU PUBLIC**, qu'il soit dénommé patient ou client. Cette gestion est source de difficultés quels que soient le type d'entité (public ou privé) et le service proposé : « *L'attente est frustrante, démoralisante, angoissante, ennuyeuse, "mangeuse" de temps et a un coût énorme pour la société [entendue ici au sens d'enseigne commerciale]. Elle affecte de manière significative notre perception globale de la qualité du service offert. Et même si nous avons été bien servis, l'attente subie laisse toujours un goût amer. [...] Le fait d'être rassuré sur sa prise en compte, sur le maintien équitable de son rang et d'être informé sur la durée estimée de son attente et de son actualisation sont des éléments favorisant la bonne perception de l'attente.* »

Source : https://www.esii.com/sites/default/files/esii-whitepaper_fr_0.pdf, page 6.

Il est intéressant de noter que le *Groupe La Poste*, entre autres, a travaillé sur l'aménagement, l'équipement, la fluidité, et le parcours client au sein de ses bureaux de poste dans le cadre d'un projet de service associant l'ensemble du personnel, lequel est formé à la gestion des conflits.

Cette analyse sur les conséquences de l'attente dans le cadre d'une enseigne commerciale se pose avec d'autant plus d'acuité dans le cadre d'un établissement de santé, voire en cabinet de soins, que des facteurs anxiogènes (souffrance, angoisse, tension et fortes émotions) viennent s'ajouter et, de surcroît, risquent de faciliter les incivilités et les violences. Ces actes gênent logiquement une grande incompréhension et de vraies difficultés professionnelles chez les professionnels de la santé, dont la mission consiste précisément à venir en aide aux patients et à leurs proches.

- **Décloisonner les services** : le personnel de sécurité et les conseillers en prévention des risques ont une expérience à faire partager et connaissent les outils. Les personnels médicaux et paramédicaux connaissent leurs problèmes. Les ressources humaines sont associées.
- **Mettre en œuvre une stratégie de sécurité dans le cadre de l'application du plan Vigipirate et nommer un correspondant Vigipirate intégré à la chaîne d'alerte et de diffusion des changements de posture**, ainsi que la mise en place d'un plan de continuité d'activité.
- **Désigner un responsable sécurité, rattaché directement à la direction (générale) de l'établissement**, en raison notamment de la confidentialité et de la sensibilité des informations traitées, assurant également le rôle de « correspondant Vigipirate » (v. Proposition de fiche de poste, Annexe 2 [\[ci-dessous\]](#)).

FORMER

L'établissement doit former régulièrement ses salariés qui doivent maîtriser les procédures de gestion des risques auxquels ils sont confrontés, mais aussi gérer les situations conflictuelles et désamorcer la violence des usagers. Il en va de même en ce qui concerne la radicalisation.¹²

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

¹² Instruction SG-HFDS : http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2016/16-12/ste_20160012_0000_0061.pdf

COMMUNIQUER

L'établissement doit mettre en place plusieurs niveaux de communication adaptés aux objectifs visés (de la communication sur la prévention à la communication de crise - différencier le court terme du long terme).¹³

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

¹³ Afin de permettre à l'ensemble du personnel de s'accoutumer à la sûreté-sécurité de façon pratique et de bien s'approprier cette thématique, au-delà de la formation initiale et continue qui peut être dispensée, se pose la question de **LA DIFFUSION DE L'INFORMATION** (transversale, ascendante et descendante), celle qui se fait au cours du travail quotidien, avec l'avantage de ne pas perturber l'organisation des services. Un exemple est proposé dans : Focus sur [\[La diffusion de l'information au quotidien\]](#).

La sécurité des professionnels de la santé : l'intérêt des accords « santé-sécurité-justice »

Les accords « santé-sécurité-justice », une réponse depuis 2005¹⁴

Dans la nuit du 17 au 18 décembre 2004, à l'hôpital psychiatrique de Pau, une infirmière et une aide-soignante ont été tuées par un patient de cet hôpital. Cet événement, très médiatisé, est le point de départ d'une prise de conscience des faiblesses des professionnels de santé en matière de sécurité.

Dès 2005, trois décisions sont prises. Le ministère de la santé recrute un commissaire de police en détachement afin 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. Il peut immédiatement venir en appui aux établissements confrontés aux événements de violence.*¹⁵

Face à la méconnaissance des faits délictueux commis sur les professionnels de santé, il est créé un observatoire national de la violence en milieu hospitalier, devenu observatoire national des violences en milieu de santé [\[ONVS\]](#) afin de recenser les faits de violence sur le territoire.

En dernier lieu, les ministres de la santé et de l'intérieur signent un protocole et décident, par la voie d'une convention [\[2005\]](#) destinée à *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 lesdits établissements et les services de l'État compétents en matière de prévention de la violence et de traitement de la délinquance.*

Un dispositif étendu en 2011

Le ministère de la justice s'inscrit dans le protocole en [\[2010\]](#), lequel est ensuite étendu aux ordres professionnels en [\[2011\]](#). Ces dispositions engagent ainsi les ministères de la santé, de l'intérieur et de la justice et concernent les hôpitaux publics et privés, les établissements médico-sociaux publics et privés et toute la médecine de ville.

L'intérêt de ces accords : un socle de collaboration locale et de proximité pour répondre aux problématiques concrètes de chacun

Ces accords **renforcent les liens de proximité** par la désignation d'un correspondant local police/gendarmerie des professionnels de santé, encouragent des procédures d'alerte particulières, permettent la réalisation de conseils et diagnostics de sécurité, facilitent les démarches avec les services de sécurité de l'État (dépôt de plainte, etc.) et la transmission de

¹⁴ Pour un exemple de convention, v. site ONVS : [Modèle convention « Santé-Sécurité-Justice » CHU Montpellier](#)

¹⁵ Voir : [Circulaire DHOS /P1/2005/327 du 11 juillet 2005 relative au recensement des actes de violence dans les établissements mentionnés à l'article 2 du titre IV du statut général de la fonction publique](#)

l'information judiciaire (suites données, etc.). Ils sont déclinés localement par les établissements et les professionnels de santé.

Ces accords nationaux sont un socle et permettent d'associer d'autres acteurs comme :

- **les maires** qui disposent, notamment, d'une **police municipale**, laquelle peut avoir un rôle de sécurisation par des patrouilles dans les établissements et faire respecter les règles du code de la route (verbalisation, enlèvement, etc.), couvrir l'extérieur de l'établissement ou du cabinet par son système de vidéo-protection - précisons qu'au moins un établissement de santé public dispose aux urgences d'un poste de police municipale équipé toute l'année de jour comme de nuit - **d'associations ou d'agents de médiation** qui sont parfois mis à disposition des urgences de l'hôpital pour maintenir le lien entre les soignants et les patients et les accompagnants durant toute la durée de leur présence aux urgences,
- **l'administration pénitentiaire** pour ce qui concerne les escortes, les prises en charge de détenus et de leur cheminement dans les locaux (notamment conforme aux exigences du [contrôleur général des lieux de privation de liberté](#),
- **le département** notamment pour son rôle social,
- **les agences régionales de santé [ARS]**.

Le ministère de la santé encourage la signature d'un protocole par tous les établissements et tous les représentants des professionnels de santé sur l'ensemble du territoire national. La rédaction d'une **convention courte** (5 à 7 pages), reprenant les principes des accords nationaux et les grandes orientations locales, permet plus aisément de réunir les différents acteurs locaux autour d'un accord. En revanche, la **multiplication des annexes permettant de répondre à chaque problématique particulière identifiée** doit être développée. La première des annexes doit être administrative afin de présenter les acteurs locaux et les correspondants de chaque institution avec leurs coordonnées.

Cette rédaction permet une signature rapide du protocole local et son adaptation permanente aux évolutions des problématiques par simple modification des annexes.

Ces accords, conçus pour être revus chaque année si nécessaire, prévoient par exemple¹⁶ :

- *la désignation d'un correspondant santé au sein des commissariats et des gendarmeries,*
- *la possibilité de faire effectuer gratuitement un diagnostic de sécurité (ou des conseils de sécurité pour la médecine de ville) par les référents sûreté,*
- *La mise en place de procédures d'alerte particulières,*
- *La couverture extérieure des établissements par la vidéo-protection des municipalités,*
- *La facilitation du dépôt de plainte et la transmission des suites données à la victime, mais également à l'établissement.*
- *La transmission des suites données à la victime, mais également à l'établissement.*

¹⁶ Ces thèmes sont développés dans l'Annexe 1.

Pour les établissements de santé, dans le cadre de la menace terroriste, la lettre interministérielle MI/MASS de nov. 2016 demande la signature ou la réactualisation des conventions « santé-sécurité-justice ».

Les différents thèmes de fiches rédigées par les établissements

Relation entre administration

- Présentation administrative des partenaires et des coordonnées pour les joindre
- Demande d'information par téléphone des services judiciaires
- La police routière sur le territoire de l'hôpital
Les patrouilles de police, de gendarmerie, de police municipale au sein de l'hôpital, aux urgences, dans les bâtiments ?
- Les enquêtes judiciaires et l'interaction avec l'hôpital : réquisitions, auditions, confrontations, constitutions de partie civile
- L'usurpation d'identité par un patient
- L'enquête de police et le secret médical
- La relation entre le secret médical et l'obligation de dire
- Les signalements par l'article 40 du code de procédure pénale

Procédure d'alerte

- Procédure à mettre en œuvre en cas d'alerte à la bombe
- Procédure à mettre en œuvre en cas de découverte de colis ou courrier suspects (poudre, valise abandonnée)
- Le retour de l'information par la justice

Atteintes aux personnes et aux biens

- L'organisation des escortes des personnes privées de liberté
- L'organisation des escortes des véhicules d'intervention d'urgence
- L'accueil des services de police et de gendarmerie (policiers/gendarmes victimes)
- Conduite à tenir en cas d'agression d'un personnel en période d'activité normale (RAMSES, touche d'alerte préprogrammée, etc.)
- Conduite à tenir en cas d'agression d'un personnel en période d'activité réduite (nuit, week-end, jour férié, etc.)
- La prise en charge spécifique des militaires
- Conduite à tenir en cas de constatation d'une dégradation dans l'établissement

Les situations à particulières

- Conduite à tenir lorsqu'un soignant détecte une situation potentiellement violente et sollicite un appui
- Conduite à tenir si un individu exhibe une arme à feu et/ou avec un danger de mort
- La découverte d'une arme, l'admission d'un patient porteur d'une arme
- La découverte de produits stupéfiants
- La sécurité des visites à domicile

Les détenus

- Le cheminement des détenus dans l'établissement
- La garde des détenus dans l'établissement
- L'accueil des services de police et de gendarmerie (les détenus conduits)

Les dispositifs

- La mise en place d'un système RAMSES et son utilisation
- L'accès à la vidéo-protection
- L'enlèvement des véhicules

Les trois domaines d'action d'une politique de prévention des atteintes aux personnes et aux biens

Les premiers constats

Malgré des attentes fortes des professionnels, les questions de sécurité apparaissent encore insuffisamment prises en compte. Ce paragraphe traite exclusivement des difficultés constatées à l'occasion des visites sur le territoire et des échanges noués.

- **Faible intégration du paramètre sécurité dès l'origine des projets** (médecine ambulatoire, rénovations, construction d'un établissement, prise en charge des patients, etc.). **Le paramètre sécurité intégré dès l'origine des projets est source d'économies** ; les mesures ultérieures sont coûteuses et peu efficaces. À ce titre, la refonte des urgences générales de l'hôpital Bichat est un exemple de réussite [\[ci-dessous\]](#) ;
- **Absence de ligne budgétaire dédiée** à la sécurité y compris pour les établissements de santé de référence (ESR) ;
- **Insuffisante professionnalisation de la sécurité** :
 - o Mise en œuvre de mesures de **prévention des atteintes au coup par coup** sans véritable stratégie globale (générant des coûts élevés sur le long terme et une efficacité relative) ;
 - o **Insuffisance de procédures** en matière de prévention des violences (alerte, réaction, conduite à tenir, etc.) ;
 - o **Méconnaissance des procédures** lorsqu'elles existent ;
 - o **Méconnaissance des dispositifs de prévention** existants et des possibilités offertes par les partenaires locaux des établissements et des professionnels de soins (ex : référents sûreté police/gendarmerie) ;
 - o **Méconnaissance de l'offre développée par l'ONVS** en matière de prévention des violences, d'accompagnement et des outils existants ;
 - o **Difficulté d'identification des interlocuteurs externes** en matière de prévention des atteintes ;
- **Relais montant progressivement en puissance au sein des ARS** pour la coordination de l'action en région et la diffusion de l'information en matière de sécurité ;
- **Difficulté à connaître les bonnes pratiques** développées sur tout le territoire national ;
- **Formation à la prévention des violences trop parcellaire et incomplète.**

Le coût des violences à l'hôpital

Actuellement, en France, le coût des violences à l'hôpital ne peut pas être estimé précisément. Aucun organisme ne recense précisément les détails des arrêts de travail et leur motif sous une forme permettant d'extraire automatiquement des données statistiques complètes.

D'une manière générale, pour calculer¹⁷ le fardeau que représente la violence pour l'économie, il faut prendre en compte tout une série de facteurs en plus des coûts directs des soins et de la justice pénale. Les coûts indirects peuvent notamment concerner :

- la mise à disposition d'un logement ou le placement dans un endroit sûr ou un établissement de soins de longue durée,
- la perte de productivité due au décès prématuré, à un traumatisme, à l'absentéisme, à une incapacité de longue durée ou au potentiel gaspillé,
- la dégradation de la qualité de la vie et la moindre capacité à se prendre en charge et s'occuper des autres,
- les dégâts causés aux biens et infrastructures publics, d'où une désorganisation de services comme les soins de santé, les transports ou la distribution alimentaire,
- la désorganisation de la vie quotidienne en raison de craintes pour la sécurité personnelle,
- les effets dissuasifs du point de vue des investissements et du tourisme, qui freinent le développement économique.

L'ONVS n'est pas en mesure actuellement de collecter les données permettant d'estimer le coût de ces violences. Elle constate que l'*Analyse des Bilans sociaux des établissements publics de santé* de 2012 (janvier 2014) mentionne qu'environ 25% des établissements, objets de l'étude, ont déclaré que le contact avec un malade agité était la 4^e cause d'arrêt de travail.¹⁸ En outre, il faut noter que les remarques désobligeantes, les insultes, voire les agressions, influent sur la qualité des soins.

Une équipe de chercheurs américains et israéliens a publié en août 2015 dans la revue *Pediatrics* une étude qui conclut que ce type de comportement n'est pas sans conséquence sur la qualité des soins. Les auteurs expliquent que leur « *objectif était d'explorer l'impact des comportements grossiers sur la performance des équipes médicales* ». Les résultats montrent que le temps nécessaire à l'établissement du diagnostic et la rapidité de mise en place du traitement approprié ont été particulièrement affectés par les remarques désobligeantes.¹⁹

Ci-après ont été listés des exemples de pratiques qui ont donné satisfaction aux établissements qui les ont mis en œuvre.

¹⁷ Source : Rapport mondial sur la violence et la santé - 2002 – Organisation mondiale de la santé.

www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/fr/full_fr.pdf

¹⁸ Source : *Analyse des Bilans sociaux des établissements publics de santé*, p. 37.

http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/note_bilan_social_2012_v7.pdf

¹⁹ Source : www.techopital.com/les-remarques-desobligeantes-envers-le-corps-medical-ont-un-impact-sur-la-prise-en-charge-des-patients-NS_1706.html?search=impact%20des%20comportements%20grossiers

Cette étude confirme la démarche de la haute autorité de santé (HAS) indiquée en introduction. V. note [2]

Les trois domaines d'action en matière de sécurité

La communication

La possibilité de donner son avis

Des établissements mettent en place à chaque accueil, dans chaque service, des **questionnaires de satisfaction**, des feuillets permettant aux patients, aux résidents, aux accompagnants qui pourraient être mécontents de retranscrire les raisons de leur irritation. Pour être efficaces, ces feuillets doivent être à la disposition de l'accueillant qui doit pouvoir les tendre (acte positif) à la personne mécontente afin que celle-ci puisse écrire ses doléances. Cet exutoire permet très souvent d'apaiser la situation.

L'identification des interlocuteurs

Le CHU de Limoges a constaté qu'une partie des violences aux urgences était due à l'incompréhension de certains patients de « l'inaction » des étudiants en médecine. En effet, les jeunes étudiants n'ont pas la possibilité de soigner en autonomie. Leur présence faussement inactive a pu générer des tensions. Aussi, le CHU de Limoges a-t-il doté ces étudiants d'une blouse d'une couleur différente (accompagnée d'une communication vers les patients) afin d'expliquer leur rôle. D'autres établissements, afin de **différencier les compétences**, ont mis en place des codes de couleur aux badges nominatifs des professionnels. Une communication externe complète le dispositif. Des établissements, afin de permettre l'identification des personnels, tout en limitant d'éventuelles mesures de représailles, ont établi que seuls le prénom et la (ou les) première(s) lettre(s) du nom devaient être mentionnés sur le badge.

La délimitation des espaces

Des établissements ont déterminé les zones accessibles librement au public (accueil, salle d'attente...), celles à accès restreint pour le public (zone de soins, services de médecine...) et celles réservées au personnel voir à certaines catégories de personnels. Ils ont mis en place des codes couleur sur le sol afin de les différencier et permettre une lisibilité naturelle des secteurs. Une communication doit accompagner les codes couleur. Le retour d'expérience des établissements permet de s'apercevoir que l'impact sur le contrôle d'accès est modéré. Cependant, cette politique complète une communication et un dispositif de contrôle d'accès (il faut croiser les espaces et les flux).

La procédure

Pour résoudre les conflits avec les patients / résidents / accompagnants, certains établissements ont mis en place des procédures de **résolution de conflit à l'aide de l'intervention d'un psychologue** (psychologue du travail et/ou psychologues des services). En effet, lorsqu'un patient agressif est détecté, il y a parfois une rupture de communication avec le soignant. Il doit alors passer le relais à l'un de ses collègues, à un psychologue ou à une petite équipe permettant de résoudre le conflit.

Les dispositifs

L'accessibilité des espaces

Pour certains établissements, il est important de rendre inaccessible des zones aux patients et résidents à moindres frais malgré des passages fréquents. Il est conseillé la mise en place du contrôle d'accès par badge. En l'attente, une solution peu coûteuse peut parfois amoindrir temporairement les risques : supprimer la poignée extérieure d'un local. Si la poignée intérieure est obligatoire afin de pouvoir évacuer la pièce, celle de l'extérieur peut éventuellement être supprimée. Lorsque la porte est dotée d'un groom automatique (système hydraulique de fermeture), à chaque passage, elle se referme. Elle nécessite d'être en possession d'un « carré » ou d'une clef pour l'ouvrir en fonction de la solution retenue. Ainsi, la porte est fermée aux patients et résidents, mais pas aux personnels. Cette solution est souvent mise en place en psychiatrie pour certaines zones comme la pièce des soignants. Un loquet supplémentaire permet une sécurisation accrue en cas de crise.

Les protections pour les travailleurs isolés

Dans nombre d'établissements sont déployés des PTI (protection travailleur isolé). Il s'agit d'un petit boîtier porté par le soignant et qui sert à déclencher une alarme par appui sur un bouton, par arrachement de dragonne ou par perte de verticalité. Ils sont particulièrement utilisés dans les services de psychiatrie et aux urgences. Si la perte de verticalité est souvent désactivée le jour en raison de ses déclenchements intempestifs pendant les soins, elle est largement activée la nuit où l'activité est différente. Les établissements qui ont souhaité réutiliser des dispositifs anciens après une rénovation ont souvent été confrontés à des difficultés importantes de fonctionnement du système en raison des normes HQE (haute qualité environnementale). En effet, l'isolation très aboutie des bâtiments neufs réduit la portée des boîtiers. Les retours d'expérience confirment qu'il est souvent nécessaire de tripler les antennes pour conserver une même fiabilité du déclenchement d'alarme. Au-delà, c'est bien la procédure d'intervention que déclenche l'alarme qui est la plus importante ainsi que les conditions d'intervention. Pour quelques établissements et à titre de mesure transitoire, une solution d'alerte par sifflet a été mise en place. En cas de danger, les personnels disposent d'un sifflet qu'ils peuvent utiliser pour alerter leurs collègues proches. Son utilisation a parfois pour effet de faire fuir l'agresseur.

Surveiller les sorties de secours

Les sorties de secours sont asservies à un bris de glace. Des établissements ont mis en place un retardateur d'ouverture conformément à la législation. Ces portes, surveillées par des caméras, ne s'ouvrent qu'après une temporisation après un déclenchement par bris de glace. L'alerte est donnée immédiatement au PC sécurité qui peut décider de maintenir la fermeture ou provoquer l'ouverture. S'il n'agit pas, la porte s'ouvre. Dans tous les cas, la caméra permet en quelques secondes à un agent de prendre la bonne décision.

Focus sur

La vidéo-protection des établissements

Il est conseillé :

- d'éviter la surenchère technologique et d'adapter l'équipement aux besoins qui auront été préalablement correctement définis,
- que le système de vidéo-protection interne d'un établissement soit compatible avec celui de la ville dans lequel il est implanté. En effet, en cas de crise, il aura la possibilité d'ouvrir son réseau aux services de sécurité afin de gérer plus efficacement et plus rapidement la situation. Un rapprochement avec la mairie est vivement encouragé.

Les référents sûreté police/gendarmerie peuvent aider les établissements et les professionnels de santé dans le développement de leur projet d'équipement en caméras de vidéo-protection.

Pour les établissements, il est souhaitable de couvrir les zones avec des caméras fixes, haute définition et plutôt grand-angle. Le dispositif peut être complété par des caméras motorisées si l'on souhaite qu'un opérateur travaille avec les caméras. La mise en place de caméras motorisées seules engendre un dispositif largement perfectible (la totalité de l'événement enregistré n'est en général pas disponible en raison du mouvement de la caméra, ce qui réduit souvent à néant l'utilité du système : prise de vue trop lointaine de la caméra qui ne permet pas l'identification, fragilité supérieure de l'appareil, coût supérieur de la caméra).

Le choix des zones couvertes par les caméras pourra être fait en lien avec les signalements de violences et les zones sensibles identifiées. Dans l'idéal, le positionnement des caméras doit permettre :

- l'absence d'angle mort,
- la vision de nuit (notamment ne pas être neutralisée par l'éclairage éblouissant d'un lampadaire par exemple),
- la reconnaissance des individus en toutes circonstances,
- le traitement de la totalité d'un flux de son entrée jusqu'à sa sortie de l'enceinte afin de pouvoir anticiper, réagir et apporter les preuves utiles,
- l'absence de neutralisation par une évolution (construction, feuilles des arbres en été, pousse d'un arbre, développement de la végétation, etc.),
- la vue de chaque caméra par une autre afin de suivre sans discontinuer un flux et d'éviter la neutralisation d'une caméra,
- l'enregistrement sur une période suffisamment longue, en lien avec les procédures d'alerte de l'établissement, afin que les images soient utilisables comme élément de preuve.

L'analyse intelligente des images. Certains établissements ont déployé de la vidéo-protection permettant l'analyse intelligente des images. Ainsi, le système de vidéo-protection génère

automatiquement des alertes sur un écran vidéo et permet de passer de la réaction à la prévention en limitant les opérateurs nécessaires au traitement des images. Pour plus de précisions, voir : [Documentation - La vidéo intelligente - ministère de l'intérieur](#)

Exemples : ces caméras sont capables d'alerter sur l'ouverture d'une porte après une certaine heure ou encore un certain laps de seconde, si une personne reste à un même endroit très longtemps, si un individu a des gestes brusques (bagarre, etc.), s'il y a une chute dans un escalator, si un corps est en position allongée et immobile, si un colis a été abandonné, si un véhicule est stationné de manière irrégulière (devant une zone où sont stockés des matières dangereuses, devant un accès pompier, etc.), une circulation à contre sens, un franchissement de borne d'accueil, une maraude, une disparition d'objet dans une scène, un franchissement d'une ligne virtuelle.

Ces caméras sont parfois utilisées pour du contrôle d'accès des véhicules. Cependant, nous vous renvoyons au paragraphe « contrôle d'accès » [\[ci-dessous\]](#) pour une vision globale des dispositifs.

Les HCL proposent un dispositif performant en la matière (v. Le dispositif des Hospices civils de Lyon, Annexe 5 [\[ci-dessous\]](#)).

Les établissements publics de santé peuvent faire une demande de financement dans le cadre du fonds interministériel de prévention de la délinquance (FIPD) du Centre interministériel de prévention de la délinquance et de la radicalisation (CIPDR) v. [interieur.gouv.fr - SG-CIPDR – FIPD](#).

À PROPOS DE LA VIDÉO-PROTECTION DANS UNE ZONE DE SOINS OU DANS UN CABINET LIBÉRAL. Pour des raisons de respect du secret médical et de l'intimité due aux patients, des professionnels de santé ne souhaitent pas, tant en établissement qu'en cabinet, l'implantation de caméras dans les zones de soins ou dans le cabinet.

Une solution intermédiaire est envisageable, à savoir la mise en place de caméras qui ne s'activent qu'en cas de déclenchement par le professionnel.

Le principe est le suivant :

- la caméra est positionnée non pas en direction de l'espace où sont prodigués les soins du patient mais vers le reste de l'espace où se situe notamment le bureau de travail du professionnel, lieu du conflit potentiel.
- la caméra est inactive avec la diode éteinte durant le temps où le professionnel reçoit le patient,
- lorsqu'un événement vient à se produire, le professionnel déclenche l'une des procédures d'alerte (il existe différents types), la caméra s'active (la diode s'allume). Les événements sont alors filmés et l'ambiance sonore enregistrée,

- les images enregistrées ne sont pas conservées au sein de l'établissement ou du cabinet (évitant leur destruction), mais sont transmises directement au centre qui gère l'appel et la vidéo.²⁰

Pour un exemple, on retiendra celui de la RATP qui a mis en place ce type de vidéo dans les bus et les guichets des stations. Si la question du secret médical et de l'intimité ne rentre pas en ligne de compte dans cette activité professionnelle, il ressort toutefois que ce système est favorablement accueilli par le personnel car il participe très efficacement au sentiment de sécurité. Le professionnel est moins isolé et en contact direct avec le centre de sécurité.

Au sein des établissements de santé et dans les cabinets, outre l'aspect dissuasif et rassurant de ce système pour le professionnel, il est avéré que son exploitation apporte des éléments probants dans le cadre d'une procédure judiciaire.

DOCUMENTATION

Le site internet du ministère de l'intérieur contient une large documentation (actualités, guide, législation, aspects techniques, FAQ, etc.) permettant de mieux orienter la réflexion du projet : interieur.gouv.fr/Videoprotection

RÉGLEMENTATION

Pour connaître ce qu'il est légalement possible de faire, voir dans le chapitre [Le cabinet libéral](#) la réglementation de la vidéo-protection dans les cabinets libéraux.

²⁰ Ainsi le professionnel de santé n'a pas à extraire le film pour le remettre aux services enquêteurs, ce qui peut s'avérer contraignant en termes de respect des règles légales.

Le suivi des victimes

En 2012, l'ONVS, la FHF et la MACSF se sont associés afin d'élaborer des [Fiches réflexes ONVS](#) sur la conduite à tenir en cas de faits de violence au sein d'un établissement de soins (définition de la violence, prise en charge de la victime, procédures à mettre en œuvre, suites et suivi de la démarche & cadre juridique). Quatre fiches ont été rédigées :

- Je suis un personnel victime
- Je suis un patient victime
- J'encadre un personnel victime
- J'assiste un patient victime

Leurs annexes développent une information sur l'assistance de l'administration pour le dépôt de plainte, la *protection fonctionnelle des agents publics*, le rapport circonstancié d'accident du travail, les obligations de signalement de certains faits auprès de l'autorité, la conciliation entre le secret professionnel (art. 226-13 code pénal, art. L.1110-4 du code de la santé publique) et l'avis au procureur de la République concernant des crimes et des délits dont, notamment, un fonctionnaire peut avoir connaissance dans ses fonctions (art. 40 code de procédure pénale).

Ces fiches permettent de savoir réagir à la survenance d'un fait de violence, de développer une politique de suivi des personnels victimes et de guider les patients victimes, mais pas de prévenir le risque, de traiter de la maltraitance ou de la souffrance.

Pour ce qui est des personnels victimes, et dans ce domaine très particulier, l'ONVS peut témoigner que partout où une politique proactive a été mise en place, elle est appréciée par les personnels qui se sentent soutenus par leur hiérarchie. Si certains établissements fournissent les coordonnées du psychologue du travail ou du médecin du travail pour chaque fait, d'autres demandent au psychologue ou au médecin de prendre contact avec la victime. Le contact peut se faire immédiatement, ou ultérieurement (24 heures et plus). Certaines infractions peuvent avoir des conséquences physiques importantes. Cependant, il est fréquent de constater des conséquences psychologiques majeures sur la durée, même en l'absence de traumatisme physique. Seul un suivi actif d'un personnel victime permet de le soutenir et d'éviter qu'un traumatisme psychologique parfois profond le freine dans son exercice professionnel, voire le conduise à un arrêt de travail plusieurs mois après les faits. Pour chaque victime, un dossier peut être remis comprenant par exemple les coordonnées du psychologue et du médecin du travail, un fascicule interne sur la prévention des violences, les Fiches réflexes ONVS/FHF/MACSF, le [Guide pratique pour la sécurité des professionnels de santé](#) du ministère de l'intérieur et le [Guide victime](#) du ministère de la justice.

Certains établissements ont mis en place des cellules médicales d'intervention en cas de conflit (médecin senior) et de soutien psychologique pour les risques psychosociaux. Ils sont formés à l'urgence après les faits violents (ARS Normandie).

Comme précisé dans les fiches réflexes, toute blessure liée à une violence subie dans le cadre professionnel peut-être déclarée comme accident du travail²¹ dans le cadre de la législation en vigueur.

²¹ Guides relatifs à la protection sociale des fonctionnaires hospitaliers, des étudiants et des internes. http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_protection_sociale_fonctionnaires_hospitaliers_-_2014-4.pdf

La formation

L'Observatoire National des Violences en milieu de Santé répertorie 17 576 signalements de violences et d'incivilités en milieu de santé pour l'année 2016. Les principales personnes exposées sont les soignants et plus généralement toute personne au contact d'un public fragilisé. L'ensemble des établissements et professionnels de soins est concerné par ce phénomène. Bien que de nombreuses formations aient déjà été organisées, il semble important de poursuivre le déploiement d'actions de formation comportant des éléments de pratiques et reprenant l'ensemble des éléments suivants utilement adaptés aux particularités locales. Le but est d'éviter la survenue d'un événement violent et de mieux le gérer s'il survient.²²

Les objectifs recherchés de la formation pourraient être de :

- prévenir et gérer au mieux les situations de violences et maîtriser les procédures d'alerte,
- développer des habiletés et des modes d'intervention permettant d'assurer sa propre sécurité et celle des autres en situation d'agressivité,
- adapter la réaction au contexte de soins.

Les éléments du programme pourraient se développer ainsi :

- appréhender le comportement et la psychologie des auteurs de violences permettant d'identifier les éléments à risque sur le lieu de travail.
- identifier et appliquer le mode d'intervention verbale et psychologique le plus approprié à l'agressivité subie et permettant la pacification d'une situation (par exemple reformuler la demande du patient/résident agressif).
- transmettre quelques techniques préventives de défense à utiliser en cas de situation potentiellement difficile comme :
 - o une position de garde discrète et non agressive,
 - o le positionnement préférentiel dans une pièce avec un patient (soi-même près de la porte de sortie et le patient plutôt vers le fond),
 - o les postures permettant de diminuer le risque d'agression (plusieurs soignants pour annoncer une mauvaise nouvelle, discussion effectuée autour d'un obstacle lourd et profond situé entre le patient et le soignant comme une table par exemple pour limiter l'impact d'une agression directe en créant de la distance),
- appliquer des techniques simples de dégagement et de contrôle pour répondre aux agressions physiques (par exemple de type OMÉGA ou en prenant appui sur des compétences locales tels que le CHU de Nîmes ou le CHU de Limoges) afin de prendre les dispositions de protection physique appropriées à la situation et permettant par exemple d'effectuer directement des perfusions lors de la mise sous contention,

²² D'une façon générale, la réception du public (patient/client) tant dans un établissement de santé ou un cabinet libéral, que dans une administration, un organisme ou encore une enseigne commerciale est source de tensions. De ce fait, face à ces problématiques, une entité comme le *Groupe La Poste*, outre le travail sur les files d'attente et l'aménagement intérieur, a mis en place des formations sur l'accueil du public, la gestion des incivilités, la gestion de personnes ne parlant pas le Français. En milieu de santé, la gestion de cet accueil est d'autant plus délicate que le « public » présente une pathologie, source de souffrance, qui exacerbe les réactions.

- intervenir en équipe lors de certaines situations de violence,
- définir et mettre en action des procédures d'alerte permettant de transmettre rapidement les informations indispensables à l'action,
- mettre en place un plan de gestion des agressions au sein de l'établissement impliquant l'équipe de direction, l'équipe de sécurité, les soignants,
- informer les personnels de leurs droits et devoirs en matière de protection, d'assistance et d'accompagnement lorsqu'ils sont victimes de violences ou qu'ils prennent en charge une victime.

La formation pourra comprendre des séances avec jeux de rôle simulant des situations s'étant réellement produites, ayant pour objectif de mieux appréhender les techniques et méthodes permettant de prévenir et contenir les comportements violents. Deux exercices d'agression pourront utilement être joués, l'un dont l'issue est un appel au secours du soignant et sa fuite, et l'autre une riposte avec mise en contention du patient ou du résident.

Tous les personnels et leurs cadres travaillant en milieu de soins au contact d'un public à potentiel d'agression élevé devraient être formés.

Des établissements ont développé, à partir de ressources internes, une formation à la prévention des violences intégrant une partie de mise en situation d'une contention en complément des quelques gestes de dégagement et défense enseignés.

La diffusion de l'information au quotidien

Afin de permettre à l'ensemble du personnel de s'acculturer à la sûreté-sécurité de façon pratique, et de bien s'approprier cette thématique, au-delà de la formation initiale et continue qui peuvent être dispensées, se pose la question de la diffusion de l'information (transversale, ascendante et descendante), celle qui se fait au cours du travail quotidien, avec l'avantage de ne pas perturber l'organisation des services.

Il est intéressant de retenir l'initiative du CHRU de Brest dans la mise en place d'un groupe dénommé : « **Commission de sûreté** », composée d'une vingtaine de « référents sûreté » (RS). Cette commission a pour but « *de piloter la politique générale de sécurité aux biens et aux personnes, de définir des mesures de sûreté et d'assurer le déploiement effectif de celles-ci.* »

Ce n'est donc pas le directeur sûreté assisté de ses collaborateurs directs (responsable sécurité) qui sont les seuls responsables, mais, par un effet « toile d'araignée » ou de démultiplication (non de délégation), également divers cadres hospitaliers couvrant l'ensemble des secteurs de l'établissement (soins, technique, logistique). Ces derniers ont tous été choisis en fonction de leur appétence pour cette thématique et sont reconnus pour leur professionnalisme et leur investissement (une journée de formation portant sur la thématique : droit/police/justice a été dispensée). Ils peuvent ainsi mieux diffuser cette information dans leur service, faire remonter également les problématiques et surtout proposer des améliorations à la direction de l'établissement qui ont été pensées de façon transversale. Cela permet également de relier la sûreté, nécessairement homogène, aux particularités propres aux pôles cliniques et médico techniques. La transversalité de cette commission, bénéficiant d'une souplesse dans son fonctionnement, permet ainsi d'aborder cette thématique que doit s'approprier l'hôpital par un décloisonnement des services. C'est un réel gage d'efficacité. Le responsable sécurité informatique traite à part entière ce volet de sécurité et de menace grandissante.

La commission de sûreté peut donc fournir en retour des propositions opérationnelles et des expériences aux directions chargées de garantir le droit à la sécurité et aux instances de l'établissement.

La fiche de mission du référent sûreté explique que les cadres hospitaliers « *interviennent dans un objectif de prévention de l'acte délinquant, bénéficiaires d'une formation spécifique leur permettant d'analyser des situations de délinquance et d'apporter des réponses concrètes aux professionnels au sein de leur équipes. Ils sont en mesure d'apporter des conseils matériel ou humain, abordant les dispositifs à envisager pour diminuer les risques d'agression ou de violence en milieu hospitalier. Cette action de conseil permet d'envisager la mise en œuvre de solutions dont la finalité est de rendre l'acte de délinquance plus difficile à réaliser et de préserver ainsi l'ordre public au sein de l'établissement.* »

On retiendra que leurs missions diffèrent selon qu'ils sont « *cadres de santé ou autres* » :

Les cadres de santé ont trois types de mission :

- Proximité :

Réponse de sûreté : identification des menaces potentielles propres à un secteur de prise en charge. Cette réponse consiste à mettre à disposition des agents les modes opératoires et les protocoles institutionnels. Les référents sûreté sont associés à l'élaboration des dits protocoles. Ils participent à la diffusion d'une culture de sûreté et de sécurité mise en œuvre par la commission de sécurité du CHRU.

Diagnostic de service : en cas de situation complexe, le RS pourra orienter son travail vers la réalisation d'un diagnostic de sûreté avec les cadres ou et les équipes de soins d'une ou plusieurs unités exposées à un risque particulier justifiant le déploiement de MOP spécifiques ou de dispositifs de sécurité.

- Appui :
En cas d'interpellation d'un individu troublant le fonctionnement normal du service, les cadres relaient auprès du RS la difficulté rencontrée. Les RS interviennent en contact en cas d'indisponibilité immédiate du responsable sécurité du CHRU ou de la Direction de site. Ils bénéficient des prérogatives dévolues par le Directeur de site à cet effet (possibilité d'expulsion, appel aux référents sûreté de la Police nationale et de la Gendarmerie).
- Planification :
En qualité de membres de la commission de sûreté du CHU, ils priorisent les actions de sécurité et de sûreté étudiées par cette dernière. À ce titre, ils préconisent les dispositifs de protection adaptés dans l'environnement immédiat des unités de soins, mais aussi à l'extérieur des services dont ils ont la charge.

Les cadres techniques et logistiques

- sont responsables de l'évaluation de l'exposition des infrastructures énergie, bâtiments, voirie, accessibilité. Le responsable sécurité incendie est à l'interface de tous les autres référents avec le Directeur de site.
- exercent une fonction technique d'implantation et de d'étude de faisabilité des dispositifs anti intrusion, de surveillance, de protection informatique et téléphonique, de protection des agents isolés, dont ils valident avec leurs directions respectives l'engagement des moyens financiers.
- veillent particulièrement à la protection des installations sensibles des sites, de nature à causer une rupture de continuité d'activité en cas de défaillance ou d'action hostile et malveillante.

Enfin il a été institué des **vigilants sûreté** avec pour mission la surveillance périmétrique interne et extérieure (parking) et des comportements anormaux, forcément difficile dans un hôpital qui est un lieu, ouvert et dont les flux sont non contrôlés et continus. Pour ce faire, les équipes logistiques - déchet, service intérieur, chauffeurs - forment un réseau « voir, écouter, signaler » avec une fiche de transmission de toute anomalie en tous lieux, à transmettre au responsable sécurité.

L'implication des hospitaliers dans la sûreté, en la reliant à leur vigilance professionnelle, contribue à réduire les nombreuses failles de sécurité d'un système « ouvert » : portes, réserves, comportements anormaux. **La technique ne fait pas tout et ne saurait remplacer la vigilance humaine de chacun.**

La banque d'accueil

Il ne s'agit pas de schémas de références qui doivent servir de support direct à la mise en place d'un cahier des charges de construction. Ce chapitre développe des dispositifs éprouvés, qui ont pris en charge le paramètre sécurité et qui peuvent guider la réflexion aux côtés des autres paramètres afin de rendre optimaux les arbitrages localement adaptés.

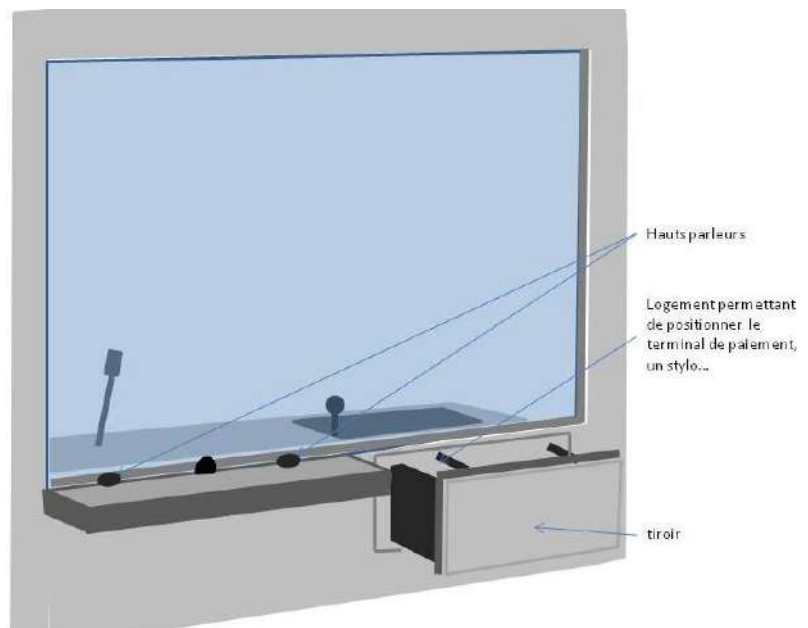
Plus largement, la zone d'accueil et le secteur environnement font l'objet de développements particuliers dans le paragraphe traitant des urgences [\[ci-dessous\]](#). Ces dispositifs sont applicables à tout dispositif d'accueil du public.

Les établissements choisissent de mettre en place un type d'accueil en fonction des difficultés qu'ils rencontrent, de leur démarche de soin et des locaux à leur disposition. Toutes les combinaisons sont envisageables ; chacune ayant des atouts et des faiblesses. Le risque acceptable détermine le choix de la solution retenue.

Il est possible de retenir trois grands types d'accueil ayant pris en compte le paramètre sécurité.

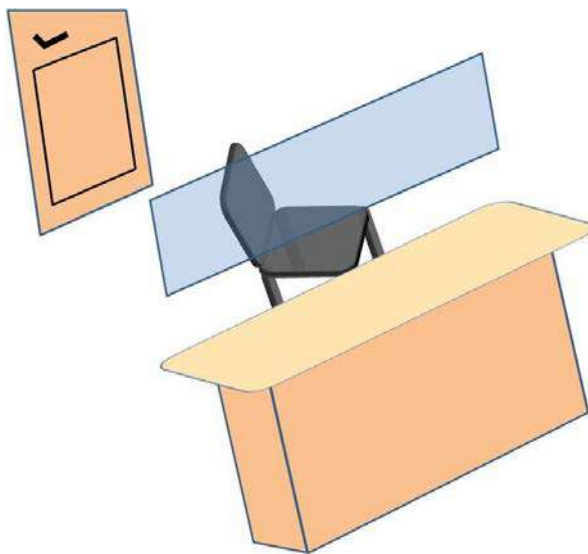
1- Le guichet de sécurité (vitre blindée) entièrement fermé protège le personnel des coups (schéma ci-dessous). En revanche, il est fréquemment constaté une hausse des injures due à l'absence de contact entre les personnes (hausse du niveau sonore pour se comprendre).

Si le passe-son est simplement ajouré, il évite les coups, mais pas la diffusion du gaz lacrymogène : si telle est la solution retenue, une sortie de secours sécurisée doit être prévue pour le personnel gazé afin qu'il puisse s'extraire des lieux sans être en contact avec l'agresseur. Un passe-son électronique évite cet inconvénient, mais augmente encore la distance avec le patient et nécessite la création d'un passe-document ou passe-colis répondant aux mêmes normes que le guichet. La confidentialité et l'ouverture ne sont pas les atouts de ce type de guichet qui peuvent être réservés aux lieux de trésorerie. Plus la surface vitrée est haute et moins le sentiment de bunker se fait ressentir.



2-Le guichet ouvert. Il est possible d'ajouter une vitre sécurisée au-dessus du comptoir (schéma ci-dessous) afin de maintenir un accueil ouvert et de limiter les risques d'agression physique. L'espace situé entre le comptoir et la vitre blindée doit être relativement étroit afin de rendre difficile le franchissement. La vitre doit être suffisamment haute pour ne pas être franchissable. L'ensemble de la structure doit pouvoir supporter des coups le temps que l'accueillant s'échappe.

Comme dans les autres solutions, pour fuir une agression, une sortie de secours sécurisée est à envisager ; le personnel doit alors pouvoir s'enfermer par un simple mouvement de loquet.



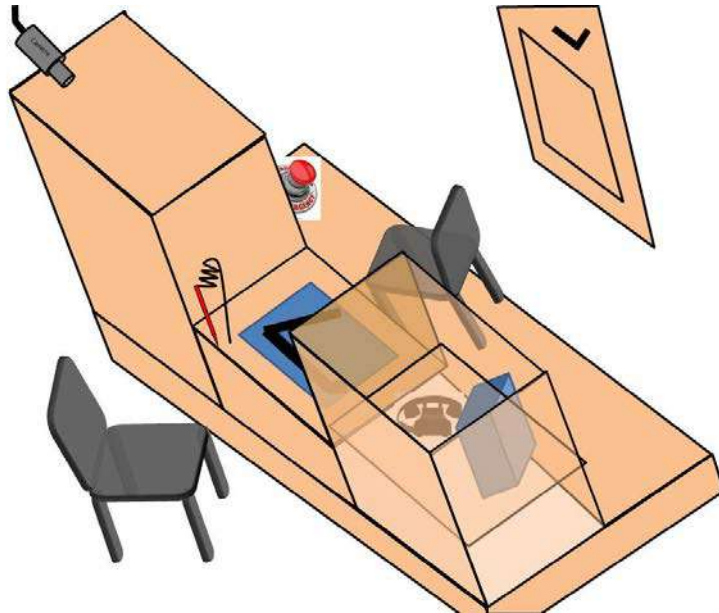
3- Le guichet ouvert afin de favoriser l'accueil (schéma ci-dessous)

Les deux blocs sur les côtés, contenant le matériel de l'accueil, sont hauts et difficilement franchissables. La partie centrale est étroite et ne peut être franchie qu'en plongeant (avantage supplémentaire, cette étroitesse guide le son et améliore la confidentialité). La table d'accueil est suffisamment profonde pour qu'un coup porté soit en bout de course. Il développe peu d'énergie (il blesse peu). La table est constituée d'une plaque en verre et l'écran d'ordinateur est situé sous cette plaque de verre. Le clavier est dans un tiroir coulissant sous la table en verre.

Aucun objet n'est posé entre le personnel et le patient/résident. Aucun élément pouvant servir de projectile ne doit être ajouté sans avoir été sécurisé (terminal de paiement carte bancaire, lecteur de carte Vitale, crayon pour signer les formulaires, éclairage, etc.).

L'accueillant est monté sur une petite estrade qui surhausse sa position et créer ainsi un rapport de force en signaux faibles qui ne génère pas de violence, mais au contraire retarde le passage à la violence. Les chaises ont plutôt des angles ronds afin de minimiser les dégâts qu'elles pourraient faire subir si elles étaient utilisées comme projectile.

Un ou des systèmes d'alarme sont à disposition en cas de danger potentiel ou avéré. Une caméra analyse les métadonnées et peut détecter que le patient/résident franchit le guichet ; elle crée automatiquement une alerte. Une porte de secours est disponible pour l'agent en cas d'agression. À l'intérieur la serrure doit être munie d'un loquet de fermeture pouvant être manipulé dans l'urgence.



Le contrôle des accès

Au regard des difficultés présentées par les diverses solutions de contrôle d'accès (codes, clés, etc.), les établissements qui le peuvent mettent en place du contrôle d'accès par badge. Cette solution réunit un maximum d'avantages et le moins d'inconvénients.

Le contrôle par clé impose une multiplicité de clés nécessaires. En cas de perte/vol, le lieu n'est plus sécurisé (d'autant plus en cas d'utilisation de passes). Les contrôles par code ont l'inconvénient majeur d'une lourdeur importante de gestion (changement fréquent, adaptation du code au lieu). Ils peuvent être connus de l'extérieur. Dans les faits, ils sont souvent les mêmes partout dans un établissement, sont peu changés et donc connus de tous. C'est une solution dont le rapport qualité/prix est faible à long terme.

Les badges d'accès permettent l'accès piéton et véhicule. Ils peuvent être fournis aux partenaires extérieurs (livreurs, ambulances, taxis, maintenance, etc.) pour leur permettre d'œuvrer au sein des locaux. Ils peuvent également servir d'accès sécurisé au système d'information, de carte de paiement de la restauration et des achats et enfin pour l'identification des personnels. Ils nécessitent une gestion rigoureuse des droits d'accès de chaque badge. Le travail préalable rigoureux d'identification des zones est une étape préliminaire indispensable (il s'agit d'une réflexion en termes de flux qui détermine *in fine* les zones et les points d'accès). Ce contrôle par badge est parfois complété par un accès par lecture d'empreinte digitale notamment pour que les médecins appelés en urgence puissent accéder sans difficulté à la zone des blocs opératoires.

Le contrôle par lecture automatique de plaques d'immatriculation dispose de la souplesse de l'automatisation de l'accès véhicule qui s'accompagne d'une fluidité satisfaisante du flux limitant l'embouteillage. Cependant, certains dispositifs ont des taux d'échec qui nécessitent fréquemment une intervention humaine, et la base de données doit être mise à jour constamment. Certains aménagements sont nécessaires pour gérer les véhicules non enregistrés et permettre leur dégagement. Par ailleurs ce dispositif n'est pas une solution pleinement satisfaisante pour une sécurité absolue (une simple copie de plaque d'immatriculation permet d'accéder au parking). En revanche, elle reste une solution performante pour la gestion de parking qui peut être couplée avec un dispositif de sécurité comme les badges.

Les aménagements possibles de la salle d'attente

La visite de nombreuses salles d'attente sur le territoire national permet de retenir quelques pistes d'aménagements permettant de rendre plus agréable le moment passé par les patients/résidents et les accompagnants.

Ainsi des établissements ont choisi :

- l'ajout d'un aquarium, pour son rôle apaisant. Un seul service a vu cet objet brisé à la suite d'une violence. L'intégration de l'aquarium dans un dispositif aménagement sécurisé permet de protéger les animaux,
- la mise en place d'un film expliquant le déroulement d'une prise en charge. Le CH d'Haguenau a déployé cette solution, le film est présenté dans les [bonnes pratiques du site internet de l'ONVS](#). Ce film est diffusé sur des écrans en alternance avec une présentation des points clefs d'une prise en charge, afin de mieux faire comprendre les délais d'attente et la priorité de passage,
- la présence de plantes est reconnue par les soignants comme participant au bon accueil. Les pots les contenant ne doivent pas pouvoir servir de projectile ou de bélier,
- des établissements dédient des écrans au retour des images des caméras vers les patients (v. la rubrique Les urgences [\[ci-dessous\]](#)),
- d'autres établissements diffusent des films cinématographiques muets à destination des patients et des accompagnants pour les faire patienter,
- la lumière et les couleurs doivent éviter le sentiment d'oppression des endroits confinés,
- les bancs peuvent être dotés d'accoudoirs. Les dossiers ne doivent pas permettre de s'y asseoir (tranche supérieure du dossier non plane) pour éviter les incivilités (personne qui s'approprie une rangée en s'allongeant ou qui s'assoit sur le dossier avec les pieds sur le siège),
- des distributeurs automatiques de boissons et denrées alimentaires peuvent aider à patienter,
- d'autres aménagements possibles sont détaillés dans le rapport du Bureau international du travail (BIT) [\[ci-dessous\]](#).

La sécurité des systèmes d'information

Lorsque l'on parle de sécurité, on parle de sécurité des biens, de l'information et des personnes (« BIP »). Il s'agit de l'acronyme retenu par les architectes des villes dans le domaine de la sécurité et des flux.

La prévention des atteintes doit comprendre la sécurité des systèmes d'information en format physique (papier, etc.) et numérique. Le contrôle d'accès aux documents, leur traçabilité, leur survie à un événement grave doivent être anticipés. En matière numérique, les principes sont les mêmes. Le site [mon hôpital numérique](#) développe les éléments nécessaires à cette thématique.

Il est donc indispensable d'intégrer la gestion des risques liés aux systèmes d'information, dans le cadre plus globale de la gestion de risque. Au-delà des systèmes d'information hospitaliers, il est indispensable de prendre en compte tous les autres systèmes indispensables au bon fonctionnement de l'établissement, notamment le biomédical, l'environnement (GTB-GTC)²³ ainsi que ceux liés à l'administratif. Il sera donc important, dans un premier temps, de les identifier et d'en stocker l'information dans une cartographie.

Pour être en capacité de réagir, les procédures d'alerte, les acteurs de la gestion de crises et leurs rôles devront préalablement avoir été établis. Il est d'ailleurs rappelé que s'agissant des incidents graves, ils feront l'objet, à compter du 1^{er} octobre 2017, d'une déclaration obligatoire (**Art. L. 1111-8-2 du code de la santé publique**) via le portail des signalements du ministère des affaires sociales et de la santé.

L'ensemble de ces mesures, non exhaustives, est indiqué et détaillé dans la PSSI-MCAS, et dans la PGSSI-S. Par ailleurs, un guide d'introduction à la sécurité des systèmes d'information est disponible sur le site du ministère des affaires sociales et de la santé²⁴.

DOCUMENTATION INFORMATIQUE EN LIGNE : www.cert.ssi.gouv.fr

Le Centre gouvernemental de veille, d'alerte et de réponse aux attaques informatiques (CERT-FR) de l'ANSSI propose une **documentation en ligne mise à jour quotidiennement** classée de la façon suivante :

- **les actualités** sur les attaques informatiques (documents destinés à prévenir d'un danger),
- **les alertes** (documents destinés à prévenir d'un danger immédiat),
- **les avis** (documents faisant état de vulnérabilités et des moyens de s'en prémunir),
- **Les bulletins d'actualité** qui fournissent une illustration par l'actualité récente de certaines mesures pragmatiques à appliquer,
- **Les notes d'information** qui font état de phénomènes à portée générale.

²³ GTC gestion technique centralisée de bâtiment, CTB gestion centralisée de bâtiment

²⁴ <http://social-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/e-sante/sih/article/introduction-a-la-securite-du-systeme-d-information-le-guide>

La prévention du passage à l'acte ²⁵

Une personnalité (pulsion – résistance) face à une situation. ²⁶

Éviter un maximum de situations susceptibles d'éveiller des pulsions

- Localiser les cibles ou victimes potentielles (sur tout le site)
 - Limiter leur importance
 - Organiser leur protection (contenant – contenu)
- Connaître les auteurs potentiels (par catégories)
 - Limiter la présence des importuns et indésirables (« questionnement »)
 - Surveiller les récidivistes (« marquage »)
 - Reconduire ou faire expulser les intrus ou délinquants
- Informer les usagers et les personnels

Essayer de renforcer les facteurs de personnalité offrant résistance aux pulsions

- Poids des règles morales (hôpital = lieu d'asile)
- Crainte de l'opprobre social (vols internes)
- Pitié envers la victime (malade = sans défense)
- Respect du lieu (connaissance des conséquences)
- Peur d'être appréhendé (présence ostensible, sorties difficiles, activité soutenue et opportune)
- Peur d'être puni (plaintes, liaisons police) ou réprimandé (mineurs, clochards)

Mais attention, vous êtes personnels de santé AVANT d'être sécuritaires

- Il n'y a de délinquant qu'après le délit
- L'accueil doit être le même pour tous les usagers, même potentiellement dangereux.
- La pulsion peut être pathologique
- L'accueil du patient, même violent ou agressif, reste la priorité absolue.

²⁵ *La sécurité à l'hôpital*, Roger Le Doussal, Paul Laures-Colonna – ESF éditeur – 1992.

²⁶ **LUTTE CONTRE L'INDISCIPLINE ET LA VIOLENCE DES PASSAGERS DANS LES AVIONS - LA PRÉVENTION MISE EN PLACE AU SEIN DES COMPAGNIES AÉRIENNES AU NIVEAU INTERNATIONAL.** À titre de comparaison, on peut se référer à la politique de prévention mise en place au sein des compagnies aériennes sur ce sujet, indiscipline et violences qui peuvent même menacer la sécurité des vols (Amendement de 2014 ajouté dans la Convention de Tokyo). « L'Association du transport aérien international (IATA) a constaté une augmentation du nombre d'incidents impliquant des passagers turbulents à bord des avions en 2015. [...] IATA, International Air Transport Association, a indiqué dans un rapport que le nombre de vols avec des incidents est passé de 9 316 en 2014 à 10 854 en 2015. Dans 11% des cas, les passagers incriminés vont jusqu'à frapper d'autres passagers ou des membres d'équipage ou encore abimer l'avion. Pour le reste, c'est des insultes, des refus de suivre les ordres des membres d'équipages et autres formes de comportement antisocial. »

Source : <http://www.linfo.re/france/societe/708924-quand-air-france-fait-face-aux-passagers-indisciplines>.

Les personnels navigants ont intégré, dans le cadre de leur travail, la prévention des atteintes aux personnes et aux biens, mission ayant peu de rapport avec leur cœur de métier, mais qu'ils se doivent nécessairement de maîtriser pour la sécurité des autres passagers et celle de l'équipage. Ils reçoivent des formations sur la gestion des conflits et des violences physiques. Ils apprennent même les gestes « en vue d'appliquer des mesures de contrainte contre les passagers indisciplinés » (amendement de 2014). Ils sont personnels navigants avant d'être sécuritaires alors pourtant que l'enjeu de la sécurité est primordial et aisément compréhensible. Il est possible de faire un parallèle avec le monde de la santé dans la mesure où les personnels de santé se doivent de prendre en compte la prévention et les gestions des conflits pour faire face aux comportements violents de certains patients et de leur entourage, tandis que ce n'est pourtant pas leur cœur de métier. Ils sont personnels de santé avant d'être sécuritaires.

Dispositions particulières

La sécurité au travail fait l'objet de nombreux dispositifs permettant de la faire progresser. L'Institut national de recherche et de sécurité (INRS)²⁷ développe notamment des outils permettant de mieux prévenir les risques dès la conception des bâtiments. Cette partie du présent guide détaille des mesures spécifiques.

Les urgences

Dans cette partie, sont proposées des solutions d'urbanisme afin de mieux concevoir les accueils des urgences. Les dispositifs présentés ici peuvent être déclinés dans les différents services. Ces propositions peuvent guider la réflexion, aux côtés des autres paramètres, et rendre optimaux les arbitrages. Lieu de passage, d'accueil permanent et ouvert à toutes les souffrances, crises, stress et frustrations, les services d'urgence sont par nature pourvoyeurs d'un nombre important de signalements. Le personnel hospitalier en est la principale victime, mais l'agression n'est pas toujours le fait du seul patient : interfèrent également les accompagnateurs et intrus, étrangers à la demande de soins.

Les raisons conduisant à ces violences sont toujours similaires : attente, stress, maladie, incompréhension sur les priorités (gravité des cas et non pas ordre d'arrivée des patients), inquiétude laissée sans réponse, prise en charge des populations à risque (éthylisme, toxicomanie, etc.), conception architecturale inadaptée, installations défectueuses (distributeurs en panne, toilettes hors service, organisation perfectible).

Deux périodes concentrent les violences : la fin de matinée et le milieu d'après-midi. Ces pics correspondent à des périodes de forte activité. Les nuits du week-end, si elles ne représentent pas un volume particulier de déclarations, constituent un facteur de risques plus importants pour les soignants : surreprésentation des patients sous l'emprise de l'alcool et de drogues, fortes probabilités de passage à l'acte violent. Ces risques particuliers sont bien connus des soignants. Des mesures particulières sont souvent prises, comme le renforcement des équipes, le recrutement de médiateurs, d'agents de sécurité ou de maîtres-chiens.

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

²⁷ www.inrs.fr/ « Créé en 1947, l'INRS est une association loi 1901. Il est géré par un Conseil d'administration paritaire constitué de représentants des organisations des employeurs et des salariés. Organisme généraliste en santé et sécurité au travail, l'INRS intervient en lien avec les autres acteurs institutionnels de la prévention des risques professionnels. Il propose des outils et des services aux entreprises et aux 18 millions de salariés relevant du régime général de la Sécurité sociale. » www.inrs.fr/inrs/identite.html

noter que les incivilités (remarques désobligeantes, insultes, comportements agressifs) et les agressions, influent sur la qualité des soins (v. les conclusions de l'étude de chercheurs américains et israéliens [\[ci-dessus\]](#)).

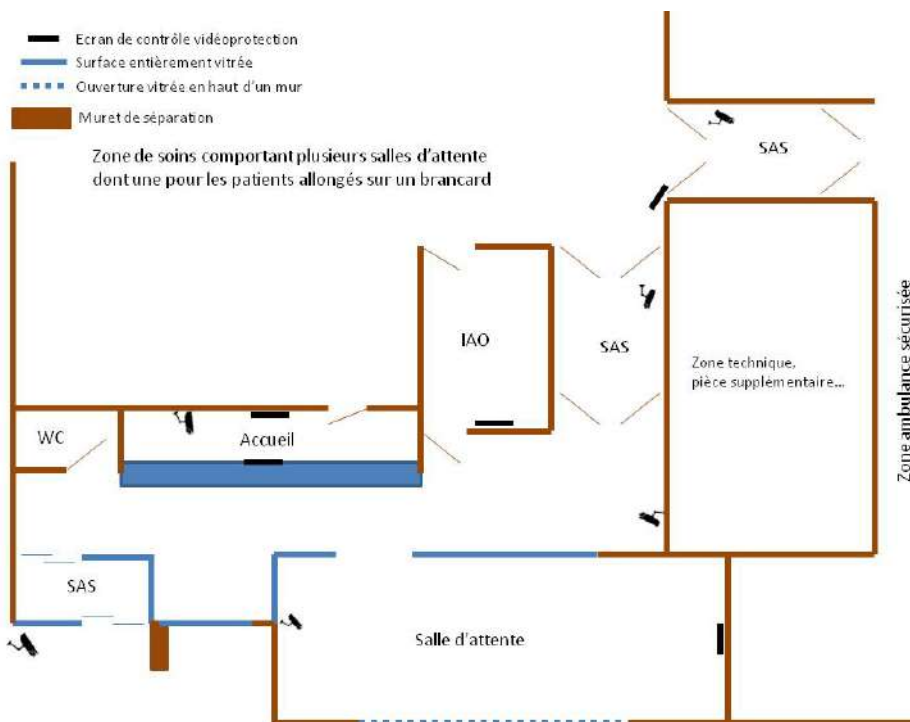
L'accueil aux urgences peut être organisé de manière ouverte en prenant en compte le paramètre sécurité dès le projet de construction ou d'aménagement des locaux. Ainsi, il est possible d'envisager la structure comme suit :

Tous les sas peuvent fonctionner en mode ouvert, en mode sas (une porte ne peut être ouverte que si la deuxième est fermée) **ou en mode blockhaus** (les soignants constatent une situation dangereuse, appuient sur un bouton qui passe le système en mode de fermeture complète).

Ce système nécessite une **sonnette avec visiophone** afin de pouvoir échanger avec les personnes situées de l'autre côté du sas en cas de fermeture. L'entrée en sas décalé et inversé (entrée) ralentit le flux d'entrée et de sortie. Les patients sont obligés de cheminer par le sas puis devant le comptoir d'accueil (v. la rubrique banque d'accueil [\[ci-dessus\]](#)) pour toutes les entrées et sorties. Un contrôle naturel du flux est ainsi effectué. Le sas dispose d'une circulation inversée par rapport au cheminement interne pour ralentir le flux et permettre un meilleur contrôle.

Les surfaces sont entièrement vitrées pour faire rentrer la lumière et permettre le contrôle visuel le plus en amont possible. Cela permet d'anticiper et de passer en mode blockhaus si nécessaire par pression d'un simple bouton. L'agent à l'accueil doit pouvoir surveiller les flux entrant et sortant (ou directement ou par écran de contrôle) pour détecter le plus tôt possible une anomalie et réagir selon la procédure adéquate, notamment déclencher une procédure

d'urgence (bouton) et passer le bâtiment/l'entrée en mode blockhaus.



La salle d'attente principale est vitrée vers l'intérieur pour amener de la lumière et un contrôle naturel (v. les aménagements intérieurs possibles de la salle d'attente [\[ci-dessus\]](#)). Cependant, ce vitrage ne doit pas permettre d'avoir une vue directe sur la zone de soins lorsque le sas

d'accès est ouvert, pour des raisons de confidentialité. Le mur extérieur est vitré dans sa partie supérieure afin d'apporter de la lumière sans pour cela rendre visible la salle d'attente depuis l'extérieur (voir le nombre de personnes en attente depuis l'extérieur avant même une prise de contact avec l'accueil augmente le stress inutilement avant d'avoir pu prendre en charge le patient).

Les deux sas d'accès à la zone de soins (piétons et véhicules) sont profonds afin de ne pas pouvoir les franchir rapidement en profitant de la sortie d'un soignant. Ils sont sous contrôle d'accès [\[ci-dessus\]](#). Pour les sas d'accès à la zone de soins, il est recommandé de disposer de portes motorisées afin d'éviter les manipulations nombreuses qui réduisent fortement la durée de vie des systèmes (quelques mois dans les faits). Le sens d'ouverture des portes détermine leur résistance à l'effraction. Aussi, les portes doivent-elles s'ouvrir vers l'extérieur.

Des écrans de contrôle vidéo complémentaires peuvent être ajoutés à l'accueil, dans la zone de soins (notamment à l'entrée des sas) pour un contrôle naturel par les soignants, mais aussi dans la zone publique (salle d'attente, banque d'accueil...) dans un but de transparence. Au-delà de l'occupation que peut représenter la vision d'un écran de retour caméras en cas d'attente, cela montre un suivi par l'établissement de toutes les actions et peut dissuader de passer à l'acte. Le positionnement des écrans doit conduire à leur visionnage naturel par les personnels.

L'espace situé devant l'accueil ne doit pas être trop large afin de ne pas créer une salle d'attente debout devant la banque d'accueil. La petite zone d'attente (alcôve) située juste face à l'accueil ne doit pas être trop étendue afin de ne pas constituer une salle d'attente à part entière. Il s'agit de pouvoir avoir un entretien confidentiel tout en permettant la circulation des flux et l'arrivée de nouveaux entrants. Le fond de cet espace est lui entièrement vitré pour permettre à la lumière naturelle de pénétrer et de donner une vision directe et anticipée des arrivées. Elle permet également le contrôle naturel de l'espace fumeurs situé derrière le muret (zone extérieure à droite du sas d'entrée derrière le muret).

La sortie de la salle d'attente est située devant le comptoir d'accueil afin de créer un contrôle naturel de l'accès. Les toilettes, éloignées de la salle d'attente, permettent une accentuation naturelle du contrôle des flux et un contact accru entre les soignants de l'accueil et les patients. L'IAO (infirmière d'accueil et d'orientation) est attenante à l'accueil afin de mieux faire circuler l'information et l'alerte. Le sens d'ouverture des portes de l'IAO permettent une extraction rapide et une résistance à l'effraction optimale. Les portes sont dotées d'un groom automatique et d'un loquet pour permettre la fermeture rapide. Le comptoir d'accueil n'a pas d'ouverture directe sur la zone publique afin de ne pas créer une faiblesse de sécurité. Le sens d'ouverture de la porte de sortie de l'accueil permet une extraction rapide et une résistance à l'effraction optimale. La porte est dotée d'un groom automatique et d'un loquet pour permettre sa fermeture rapide.

La partie « zone technique, pièce supplémentaire » permet la mise en place de zones supplémentaires nécessaires par exemple à des entretiens spécifiques ou des publics spécifiques (mineurs, patients alcooliques, toxicomanes ou présentant des signes d'agressivité d'ordre

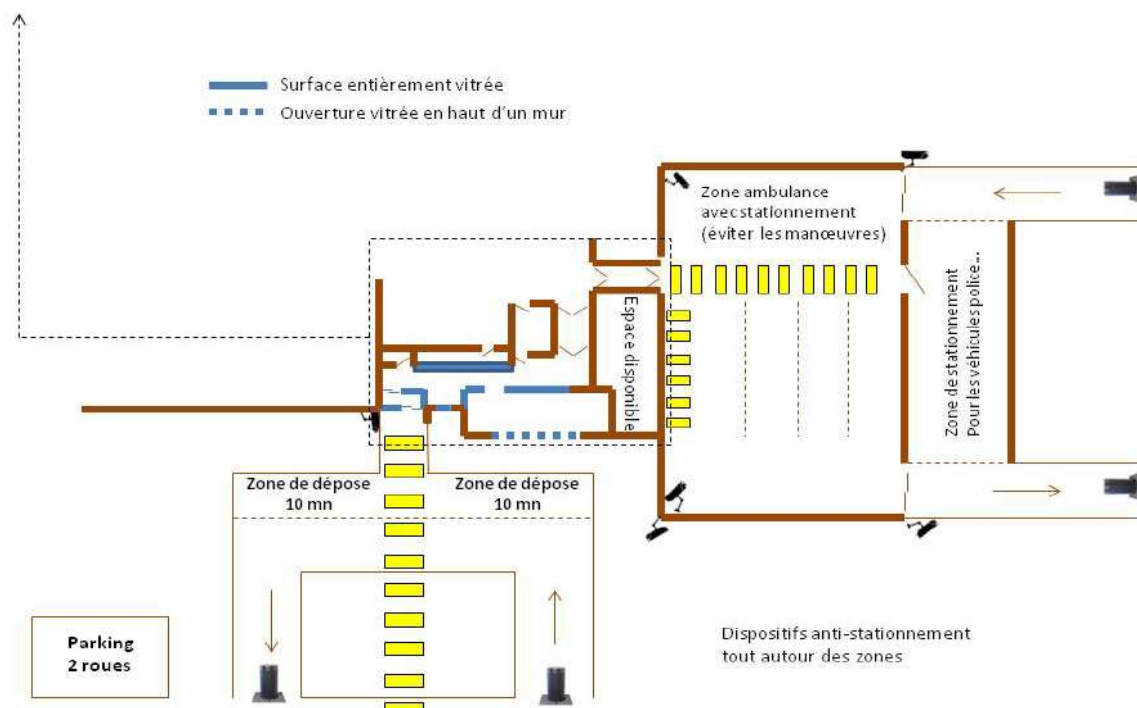
psychiatrique). En fonction du public visé, la pièce est plus ou moins ouverte et plus ou moins à la vue du public. Cette zone ne doit pas constituer une faiblesse du dispositif global. S'il s'agit de patients agités, un équipement spécifique est à prévoir afin qu'il ne puisse pas se faire mal, ni faire mal. Une seconde porte d'accès peut être prévue afin de permettre une intervention plus aisée. Chaque porte (hors sas) doit pouvoir être fermée de l'intérieur par un dispositif rapide (loquet...) afin de pouvoir être fermée en urgence.

La mise en place de contrôle d'accès par badge est une solution pérenne. À l'extérieur, les zones de circulation réservées doivent être également sécurisées par du contrôle d'accès [\[ci-dessus\]](#). La partie publique est sous contrôle par vidéo-protection (sans zone aveugle, v. [\[ci-dessus\]](#)). La zone de soins peut être également équipée en matière de vidéo-protection [\[ci-dessus\]](#).

Des établissements ont choisi de fermer les urgences la nuit. L'accès se fait alors par l'intermédiaire d'un visiophone. D'autres établissements ont choisi une fermeture permanente avec accès par visiophone afin de maîtriser précisément les flux.

À l'extérieur, un schéma d'accueil des urgences pourrait être pensé ainsi :

- toutes les zones sont sous vidéo-protection sans angle mort (v. [\[ci-dessus\]](#)),
- l'accès public (piétons et véhicules), se fait par une zone sanctuarisée à l'aide de bornes télescopiques (à préférer aux barrières pour des questions de solidité) et avec un unique sens de circulation²⁸. La largeur de la voie ne doit pas permettre le stationnement anarchique. Des dispositifs anti stationnement doivent être mis en place. Le temps est



²⁸ Les bornes télescopiques sont bien plus résistantes que les barrières et peuvent stopper un véhicule fou. En revanche elles peuvent être contournées par les deux roues. Elles sont dans ce cas complétées par une barrière ou tout autre dispositif d'entrave de toute la voie.

limité à la dépose du patient. Une zone de stationnement des deux roues est à prévoir avec des arceaux. Elle doit être éloignée de la porte d'accès (Vigipirate). L'accès piéton doit être direct et sécurisé,

- l'accès ambulance est effectué par une voie différente sous contrôle d'accès [\[ci-dessus\]](#),
- la zone de stationnement ambulance doit permettre la circulation et le stationnement sans manœuvre (y compris l'entrée et la sortie) et prendre en compte les différents flux,
- à proximité, doit être prévue une zone de stationnement pour les véhicules des forces de l'ordre et de l'administration pénitentiaire,
- une porte piétonne sécurisée entre le hall ambulances et la zone « police » permet l'accès piéton (elle est également indispensables aux ambulanciers et professionnels de santé fumeurs). L'absence de porte piétonne conduit les fumeurs à utiliser les portes d'accès ambulances qui sont souvent neutralisées ou endommagées en raison de cet usage. Cet accès permet aussi un cheminement des patients détenus à l'abri du regard des usagers (prescription du contrôleur général des lieux de privation de liberté).

Les zones qui ne sont pas prévues pour la circulation ou le stationnement doivent être conçues avec des dispositifs physiques de protection de type anti-circulation ou anti-stationnement.

Par ailleurs, **les chambres sécurisées** sont à placer plutôt dans la zone de soins des urgences afin de ne pas être à la vue du public (exigence du contrôleur général des lieux de privation de liberté) et être accessible par le sas véhicule. L'accès des véhicules de police, de gendarmerie et de l'administration pénitentiaire est à prendre en compte plutôt dans la zone ambulance toujours pour des questions de confidentialité, de préférence non visible du public. Cela leur permet également de recentrer les flux de patients accompagnés par les forces de l'ordre et d'accentuer le passage et la présence de ces derniers dans les urgences pour une sécurité accrue. Ces chambres sécurisées peuvent être précédées d'un espace sécurisé dédié aux forces de l'ordre pour leur permettre de réaliser leurs opérations spécifiques et obligatoires. Cet espace peut être équipé d'un dispositif de vidéo-protection des chambres et de l'extérieur, de casiers pour réunir les objets personnels dangereux des patients, d'un téléphone leur permettant de communiquer y compris avec l'extérieur. Ils doivent pouvoir effectuer un contrôle d'accès des personnes se présentant. Des sanitaires différenciés sont souhaitables pour les patients et les gardiens. Chaque chambre dispose idéalement de deux accès afin de permettre une intervention.

Deux exemples de projet de soins intégrant le paramètre sûreté

La réorganisation des urgences du CHRU de Brest

Elle a été faite sur la base d'un projet médical SAMU, SMUR, SAU adultes et psychiatriques pour rendre les urgences plus adaptées en associant l'ensemble des personnels et générer un consensus. Le bâtiment a été entièrement reconstruit et pensé avec un architecte d'intérieur selon une logique de flux entrants/sortants, de volumétrie de patients à hospitaliser et de délai d'attente. Le financement a été à la hauteur de l'enjeu avec appui de l'ARS.

- Pour la gestion des patients : mise en place d'un logiciel qui gère les patients en fonction d'un niveau d'urgence à 5 degrés permettant ainsi aux soignants de bien les identifier. Les ordinateurs sont sécurisés pour éviter le vol de données informatiques et même la simple curiosité des intrus (déconnexion toutes les 6 minutes).

- Pour la protection des personnels : chacun est doté d'un téléphone sans-fil numérique amélioré (DECT). L'appui sur une touche spécifique déclenche une alarme placée en haut des murs comprenant 4 codes couleur désignant des lieux (accueil, salle d'attente, service d'accueil des urgences vitales, salles de soins) et une alarme sonore, ce qui permet à tous les professionnels de se rendre immédiatement dans la zone de l'incident. La SAUV est dotée de 4 places d'accueil, 20 salles de consultation médico chirurgicale et 16 chambres seules d'UHCD, ainsi qu'un secteur d'urgence psychiatrique attenant. 2 salles de consultation ultra rapide de type médecine générale / 7 caméras installées dans une définition partagée des zones à surveiller (accueil, 2 chambres carcérales d'hospitalisation de moins de 48 heures co-définies avec la pénitencière et la

police normées, SMUR, pharmacie). Le bâtiment intègre la sécurisation des situations sanitaires exceptionnelles avec un plateau technique de crise complet.

Le bâtiment, admis au service en octobre 2015, évolue vers une culture de gestion de la violence et de la sûreté par CREX et amélioration continue de la vigilance. Il comporte un secteur d'urgence gériatrique spécifique (non achevé) destiné à prendre en charge les pathologies du sujet âgé, et tenant compte des violences fréquentes des patients.

- Pour la sécurité des lieux : le personnel veille à ce qu'aucun accompagnant ou intrus ne se trouve dans une zone de soins. La partie des soins est bien distincte de celle des box d'attente des patients où un ou deux accompagnants peuvent se joindre.

- Pour la gestion des incivilités et des violences physiques et verbales une formation spécifique a été dispensée intitulée : « *Gestion des situations d'agression et de violence en service d'accueil urgence* ». La formation, sur deux journées, avait pour but de « (...) permettre aux soignants en contact avec les patients d'acquérir des notions théoriques (de compréhension des phénomènes de violence) et des outils adaptés (de protection, de communication, de relation) afin de mieux gérer les phénomènes d'agression et de violence. »

Deux objectifs prioritaires ont été travaillés :

- 1- Apporter aux soignants des réponses relationnelles qui leur permettent de mieux faire face à de telles situations.

2- Permettre aux soignants d'adopter une démarche cohérente, lorsque des moyens de contention s'avèrent indispensables (qui fait quoi ?, pourquoi ?, avec quels outils ?). Un nouveau plan de formation en préparation privilégie l'adoption de formations actions de type aviation civile et formateurs police.

- Pour les patients et les accompagnants : il a été prévu des espaces de travail à disposition – wifi gratuit – la

remise d'une documentation sur ce que proposent les urgences en matière de soins – des places de parking dédiées.

On retiendra la présence de deux référents sûreté appartenant à la commission de sûreté de l'établissement mis en place pour diffuser l'information et les bonnes pratiques. Voir : [La diffusion de l'information au quotidien](#)

La réorganisation globale des urgences à l'hôpital Bichat (Paris)

L'hôpital Bichat, rattaché à l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, a pris des mesures dès 2006 afin d'organiser et d'améliorer le parcours des patients aux urgences et d'obtenir, ainsi, sa fluidité. Une réorganisation globale des urgences²⁹ a été réalisée avec l'adhésion des personnels et a été optimisée par la rénovation des locaux en 2009. Le délai maximal de consultation par un médecin pour les urgences les moins graves est de 1h30 à 2h. L'ajout de plusieurs zones d'attente (dotée chacune de toilettes, etc. v. [\[ci-dessus\]](#)) accessible après un premier examen et le maintien dans chaque zone d'un box libre permet au chef de service d'exiger qu'aucun patient ne soit jamais en attente sur un brancard dans un couloir. Le dispositif informatique très clair de gestion des urgences permet d'aider le personnel dans sa tâche par un simple coup d'œil, notamment

en assurant la géo-localisation en temps réel des patients. Cette gestion nécessite, en outre, une coordination entretenue avec la médecine de suite qui doit pouvoir accueillir les patients venant des urgences. La hiérarchie des urgences est très présente dans le suivi des mesures prises.

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

Un médecin d'accueil d'encadrement et de coordination (MAEC) est responsable, avec le cadre de soins, du fonctionnement et de l'atteinte des objectifs-qualité. Il coordonne les soins au sein des urgences. Il s'assure que les transmissions de consignes sont réalisées entre les équipes de soins médicales et paramédicales lors de leurs relèves. Quatre transmissions médico-paramédicales sont organisées (8h30-14h / 8h-23h30) afin de discuter de la prise en charge et de l'orientation des patients. La présence de tout le personnel des urgences est obligatoire lors de ces transmissions.

S'agissant du parcours du patient aux urgences, leur arrivée s'effectue par deux

²⁹ La violence dans les services d'urgences : évaluation d'une politique de réduction de la violence dans un service d'accueil des urgences parisiens, *Annales françaises de médecine d'urgence*, DOI 10.1007/s13341-015-0558-z. E. Casalino · C. Choquet · S. Thomas · S. Erhel · P. Cossard et le Groupe Projet Sécurité du service d'accueil des urgences Bichat ; 17 juillet 2015, SFMU et Lavoisier.
<http://link.springer.com/article/10.1007/s13341-015-0558-z>

zones d'accès. La zone « Arrivée patient non valide » rassemble les flux pompiers, ambulances, SMUR. La zone « Arrivée patient valide » rassemble les flux de patients arrivants par leurs propres moyens. L'accueil et l'enregistrement des patients sont réalisés par des agents administratifs ou aides-soignants sur un logiciel spécifique. Sont consignés dans le dossier patient le nom du médecin traitant, l'identité de la personne de confiance, la présence et les coordonnées d'un accompagnant, etc.

Les patients valides ou arrivés par leurs propres moyens sont en attente à l'accueil principal jusqu'à prise en charge par l'infirmière d'accueil et orientation (IAO) ou par le médecin coordonnateur. Les patients

couchés ou arrivés par sapeurs-pompiers ou ambulance sont enregistrés avec la fiche de transport. Un accès prioritaire direct en secteur dédié est réservé en cas de transport SMUR. Le délai d'attente entre l'enregistrement et la prise en charge IAO ne doit pas excéder 10 minutes. En cas d'afflux massif, les effectifs d'IAO sont adaptés en temps réel par redéploiement, à partir des zones de soins.

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

Cinq niveaux de priorité sont affichés en salle d'attente :

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

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

En outre, l'information des patients et des accompagnants est organisée à chaque étape du processus de soins du patient. Ainsi, dès l'accueil, outre l'indication de : « Bienvenue

aux urgences », une plaquette d'accueil des urgences est remise aux patients valides et aux accompagnants. L'information délivrée par les soignants, aux accompagnants / personne de confiance, porte sur les délais d'attente, le déroulement des soins, l'orientation présumée et les filières de soins. Un salon d'accueil des familles, spécialement aménagé avec du mobilier personnalisé et chaleureux, est disponible pour délivrer les informations dans de bonnes conditions.

Le cadre de soins et le médecin coordonnateur sont les garants de la sécurité

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

Cette démarche a été complétée par une étude intitulée *Évaluation d'une politique de réduction de la violence dans un service d'accueil des urgences parisien*. Il s'agit de l'analyse des conséquences du *projet d'amélioration continue de la qualité* dans ce SAU. Il a eu comme objectifs *d'améliorer les conditions d'accueil des patients, la sécurité des patients et du personnel, de lutter contre la maltraitance, de développer la bientraitance des patients et de réduire le nombre de violences au travail*.

Les indicateurs mesurés sont : *le temps d'attente médecin, le temps total de passage, le nombre de violences au travail déclarées par le personnel, le nombre d'interventions des équipes anti malveillance, l'absentéisme du personnel et la satisfaction des usagers*. Selon l'étude, les mécanismes générateurs de l'insécurité ressentie sont constitués par *des tensions propres à l'individu, des tensions liées au contexte de l'urgence, aux conditions d'accueil, aux locaux, à l'attente et aux informations, aux tensions sociales et à une*

part d'irrationnel. Elle conclut à *une diminution significative de la durée totale de séjour et du délai d'attente médecin, du nombre de VT (violences au travail) déclaré et du nombre d'interventions des équipes antimalveillance au SAU et de la satisfaction des usagers des urgences*.

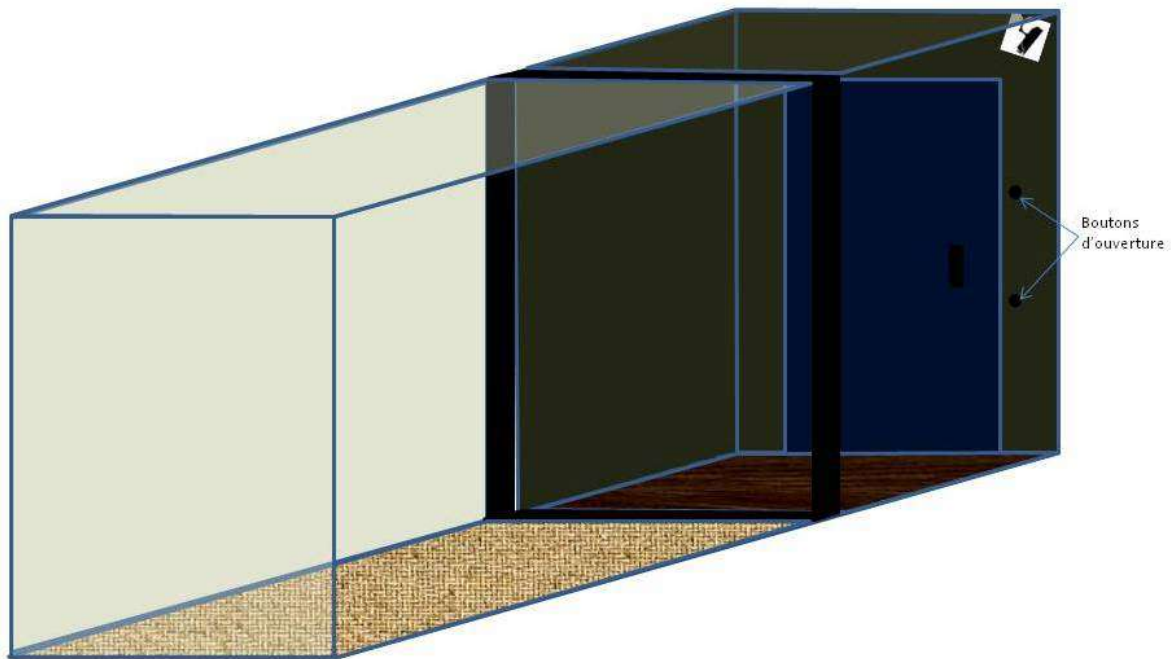
L'étude confirme *la haute fréquence des VT dans les SAU, le lien entre les VT et des aspects organisationnels, l'importance d'un projet d'amélioration continue de la qualité fondée sur la qualité des soins comme outil pour atteindre une réduction des VT, et permet de proposer des indicateurs simples de suivi et de mesure de l'impact des stratégies mises en place*.

« La politique visant à réduire les VT doit s'intégrer dans un projet d'amélioration continue de la qualité. Les bases de ce projet sont, d'une part, la qualité et la sécurité des soins proposées aux patients, et, d'autre part, la sécurité et conditions de travail des personnels. [...] En conclusion, notre expérience indique qu'un projet d'amélioration continue de la qualité, basé sur des valeurs soignantes, a permis l'adhésion des équipes de soins et l'atteinte des objectifs visés : apaiser l'ambiance générale du service, réduire la fréquence des VT et améliorer les indicateurs qualité d'un SAU. »

Si de toute évidence, il n'est pas envisageable de reproduire les modèles au regard de la diversité des situations sur le territoire national, cette évaluation met en évidence une méthode et des outils utiles à une politique de prévention des violences par la combinaison de deux objectifs de prime abord incompatibles pour un même but : sécurité et amélioration des conditions de vie au travail pour une meilleure qualité des soins.

La gériatrie

Une des difficultés rencontrées dans les services de gériatrie est la fuite des patients atteints d'une maladie les désorientant. Pour limiter les fuites et maintenir néanmoins les locaux ouverts, des établissements ont eu recours à des méthodes d'aménagement permettant de limiter les sorties dangereuses à leur strict minimum sans avoir besoin de mettre en place une surveillance humaine permanente.



Le principe retenu par certains établissements est de rendre très sombre la dernière partie du couloir de sortie (sur trois mètres environ) afin d'inciter les patients à ne pas se rendre dans ce secteur. Les couleurs des murs, du plafond et du sol sont les mêmes que dans le couloir, mais, dans la dernière partie, elles sont bien plus sombres. La luminosité est basse. Aucun objet ne doit présenter un risque de chute dans cette partie. L'ajout d'une bande noire de séparation de 30 cm sur les murs, le plafond et le sol accentue le phénomène en marquant la césure. Ainsi, les personnes les plus désorientées, celles pour lesquelles la fuite constitue un risque réel pour leur santé, sont dissuadées de franchir cette zone.

Parfois, les établissements mettent en place une porte d'accès à serrure ventouse dont l'ouverture est commandée par deux boutons distants verticalement d'environ 50 cm et devant être actionnés simultanément. Ainsi, les locaux restent ouverts à la sortie, mais sont davantage sécurisés pour le public le plus fragile. Le dispositif est accompagné d'une caméra analysant les métadonnées et capable de détecter les sorties (et non les entrées) sur un écran interne de contrôle, relié à un poste de sécurité. Ces caméras peuvent également déclencher une alerte en cas de stagnation devant ou dans cette zone.

Afin de limiter les fuites des patients les plus fragiles, des dispositifs de localisation sont également employés sous forme de bracelet³⁰ (des patients tentent de les enlever avec acharnement en s'occasionnant des blessures légères), de pastilles insérées dans une poche, une pantoufle ou tout autre objet. Ces dispositifs peuvent générer une alerte si le patient entre dans une zone qui peut être dangereuse pour lui.

Des établissements ont mis en place la prise de photographie des patients pouvant être parfois désorientés afin de pouvoir les retrouver plus facilement en cas de fugues et notamment avoir la possibilité de diffuser la photo aux forces de l'ordre.

Concernant les accès des bâtiments, les éléments proposés pour l'accueil aux urgences peuvent être repris, ceci afin de sécuriser les flux tout en restant accueillant [\[ci-dessus\]](#).

On retiendra également le « **dispositif anti-errance des personnes désorientées** » mis en place par les HCL (v. Le dispositif des Hospices civils de Lyon, Annexe 5 [\[ci-dessous\]](#)).

³⁰ Ces bracelets permettent aussi l'accès à certains services.

La psychiatrie

Les établissements de psychiatrie recouvrent une grande diversité de situations. Au-delà des exemples de conception de locaux déjà développés, seront abordés quelques éléments spécifiques mis en place par des établissements.

Afin d'éviter les incendies, des établissements choisissent de mettre en place des **briquets muraux** (gros boîtier briquet fixé au mur). Ils sont généralement fixés en extérieur, dans la zone fumeurs, près d'un cendrier, sous un auvent. Ils permettent de ne plus devoir gérer les briquets des patients. Parfois, l'interdiction des briquets est prévue dans le contrat de soins que le patient signe. Ce dispositif permet de limiter les départs de feu rencontrés fréquemment dans ce secteur.

Dans certains établissements, les soignants constatent que certains patients utilisent les angles des couloirs pour se cacher puis surprendre et parfois agresser. Des établissements utilisent des **miroirs d'angle de type « sortie de parking »** afin de limiter ce phénomène et permettre une meilleure appropriation de l'espace. D'autres établissements refusent ces miroirs, craignant l'aggravation de la paranoïa de certains patients.

Concernant les **chambres d'isolement**, une grande diversité existe sur le territoire national. Toutefois, il semble qu'un accès double soit indispensable en cas de crise du patient afin de pouvoir délivrer les soins en toute sécurité. Bien évidemment, aucun objet ne doit permettre de se suspendre. Une procédure d'alerte doit être accessible au patient en toutes circonstances.

En revanche, en ce qui concerne le positionnement des sanitaires, douches, observation par caméra, œilleton, fenêtre de surveillance, équipements (téléviseur, etc.) les avis sont très partagés sur les effets induits en terme de sécurité.

La mise en place de plusieurs **salles de pause collectives pour les patients** réduit les tensions en permettant de satisfaire la diversité de leurs besoins.

De nombreux établissements nous ont fait remonter des **difficultés liées aux stupéfiants**. En cas de découverte de produit, il est conseillé d'établir une annexe à la convention « santé-sécurité-justice » sur ce thème en association avec la découverte d'une arme. Le contact régulier entre les différents acteurs locaux est essentiel afin de régler cette difficulté. Il ne s'agit pas en l'occurrence, de se retrancher derrière les textes légaux (secret médical/avis au procureur de la République à la suite de la connaissance d'un délit ou d'un crime).

Il existe parfois une problématique de vente de produits stupéfiants non loin, voire dans l'enceinte de l'établissement psychiatrique.

Avec un partenariat resserré avec les forces de l'ordre et le procureur de la République, différentes mesures sont envisagées :

- l'interpellation du ou des auteurs du trafic,
- lorsque la procédure judiciaire est insuffisante à faire cesser l'infraction, il peut être envisagé de déplacer le point de vente dans un endroit générant des nuisances moindres par des méthodes d'urbanisme et de prévention situationnelle. Le référent sûreté du commissariat ou de la gendarmerie peut être sollicité dans ce cadre.

En matière de prévention des violences, les établissements font un bon retour des formations issues de la méthode OMEGA. Un regret cependant pour plusieurs établissements : cette formation traite insuffisamment de la conduite à tenir pour le groupe de soignant. Elle est en effet orientée vers le comportement individuel (v. le paragraphe dédié [\[ci-dessus\]](#)).

Certains établissements ont mis en place un système de **remontée de l'information** par les patients sur la thématique de la violence. Ils les interrogent de manière hebdomadaire pour

connaître leur opinion sur ce qu'ils trouvent eux-mêmes violent dans l'établissement et les procédures de soins.

À l'image de la gériatrie, il est possible de mettre en place une prise de photographie des patients susceptibles de fuguer afin de pouvoir les retrouver plus facilement, notamment en diffusant la photo aux forces de l'ordre.

Concernant les accès des bâtiments, les éléments proposés pour l'accueil aux urgences peuvent être repris, ceci afin de sécuriser les flux tout en restant accueillant [\[ci-dessus\]](#).

Le cabinet libéral

Le [Guide pratique pour la sécurité des professionnels de santé](#) édité par le ministère de l'intérieur délivre de précieux conseils sur ce thème. Il va aider les professionnels à se poser les bonnes questions en matière de sécurité. Sont traités la sécurisation des issues, les dispositifs techniques de surveillance, la protection des biens et matériels, la gestion de la recette, la posture du soignant, la gestion de l'absence, la sécurité à son domicile, la sécurité lors du déplacement et la sécurité chez le patient. Les suites d'une agression sont également traitées. Ce guide complète les [Fiches réflexes ONVS](#) déjà évoquées qui détaillent la conduite à tenir que l'on soit victime soi-même ou que l'on gère une victime (un subordonné, un patient).

Les [accords santé-sécurité-justice de 2011](#) prévoient des conseils de sécurité délivrés gratuitement par les forces de l'ordre. Ainsi, des policiers/gendarmes, formés et diplômés pourront, à la demande de l'Ordre se rendre dans un cabinet afin d'apporter leur expertise en matière sécurité. Pour l'ensemble des possibilités offertes par ces accords en matière de médecine de ville, se reporter au chapitre [\[ci-dessus\]](#), notamment pour la vidéo-protection du cabinet par les caméras de la commune.

En outre, et comme évoqué précédemment, le site internet [Cespplussur](#) de la préfecture de police va pouvoir aider les professionnels de soins à se poser les bonnes questions quant à leur sécurité. Les conseils sont bien évidemment valables au-delà du seul territoire de la préfecture de police. On retiendra que les professionnels peuvent s'inscrire sur le site et reçoivent alors par sms diverses informations utiles : alerte sur un type d'agression contre la profession ou de vols d'ordonnanciers ; conseils divers : l'existence du bouton d'alerte à distance.

Le CNOM a développé des [affiches disponibles](#) : *Pour une relation patient-médecin en toute confiance* sur son site internet pour mieux prévenir les violences. Elles peuvent participer à une communication préventive sur la violence.³¹ En partenariat avec le ministère de l'intérieur, il a également produit 3 films³² traitant de la prévention des violences dont les *scénarii* se sont inspirés de faits réels (en cabinet, au domicile d'un patient, en hôpital). Ils sont contenus dans un kit développé par le CNOM et déployés après une formation, dans les départements.

Le CNOI a mis en ligne sur son site diverses publications : *Livret de sécurité dans l'exercice ambulatoire, Fiches conseils juridiques, Affichette cabinet dissuasion* [Violence contre infirmiers](#)

Des applications pour Smartphone ont été développées afin d'informer les professionnels sur les événements de sécurité (Paris). D'autres leur permettent d'émettre une alerte d'urgence en cas de danger (Cayenne), alerte reçue directement par les services de police.

³¹ www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn_bulletin/MEDECINS29.pdf

³² **Agression#1**, CNOM, ministère de l'intérieur, police nationale, mars 2013, durée : 4'36" – **Agression#2**, CNOM, ministère de l'intérieur, police nationale, mars 2013, durée : 6'27" – **Agression#3**, CNOM, ministère de l'intérieur, police nationale, janvier 2014, durée : 15'13" <https://www.ordre-infirmiers.fr/espace-presse/les-campagnes-dinformation-de-lordre.html>

LA VIDÉO-PROTECTION DU CABINET

Un système de caméra qui ne se déclenche qu'à la suite d'une action du professionnel peut être mis en place, comme évoqué dans le chapitre sur la vidéo-protection des établissements v. :

[La vidéo-protection des établissements](#)

La Délégation aux coopérations de sécurité (DCS) du ministère de l'intérieur décrit la réglementation, très encadrée, dans un article paru dans : [Médecins, n°29, mai-juin 2013, page 20, Vidéoprotection : une pratique très encadrée](#)

Pour toute question sur la vidéo protection à la DCS :

videoprotection@interieur.gouv.fr

3 cas de figure sont à distinguer :

1- Le médecin reçoit ses patients sans rendez-vous, le cabinet est alors considéré comme un lieu ouvert au public (voir encadré). Il doit solliciter une autorisation auprès de la préfecture.

2- Le médecin reçoit ses patients exclusivement sur rendez-vous. Le cabinet médical est alors considéré comme un lieu professionnel recevant un public défini. (application de la circulaire du 14/09/2011). Si le médecin enregistre les images filmées, il doit se déclarer auprès de la CNIL. Si non, aucune procédure préalable n'est nécessaire.

3- Lorsque la vidéo protection est simplement utilisée pour confirmer l'arrivée des patients ou évaluer l'affluence de la salle d'attente, et que les images ne sont pas enregistrées, il n'y a pas de procédure particulière à suivre.

Définition de l'espace ouvert au public

« Constituent des lieux ouverts au public les lieux dont l'accès est libre (plages, jardins publics, promenades publiques, commerces...) ainsi que les lieux dont l'accès est possible, même sous condition, dans la mesure où toute personne qui le souhaite peut remplir cette condition (paiement d'un droit d'entrée, par exemple au cinéma). »

[Circulaire 14-09-2011, premier ministre, relative au cadre juridique applicable à l'installation de caméras de vidéoprotection sur la voie publique et dans des lieux ou établissements ouverts au public, d'une part, et dans des lieux non ouverts au public, d'autre part](#)

Précision complémentaire

« [...] L'espace public est constitué des voies publiques ainsi que des lieux ouverts au public ou affectés à un service public.

La jurisprudence définit un lieu ouvert au public comme étant « un lieu accessible à tous, sans autorisation spéciale de quiconque, que l'accès en soit permanent et inconditionnel ou subordonné à certaines conditions » (TGI de Paris, 23 octobre 1986, confirmé par un arrêt de la Cour d'appel de Paris du 19 novembre 1986).

Ainsi, l'acquittement d'un droit d'entrée ne fait pas obstacle à ce qu'un lieu soit regardé comme ouvert au public. En revanche, la circonstance qu'un digicode garde l'entrée d'un hall d'immeuble ou d'un parking fait de ces endroits des lieux privés.

Doivent être considérés comme faisant partie de l'espace public les commerces (cafés, restaurants, magasins), les cinémas et théâtres, les établissements bancaires, les gares, aéroports et transports collectifs, ainsi que les jardins, forêts ou plages lorsqu'ils sont publics.

A contrario, ne doivent pas être considérés comme relevant de l'espace public : les entreprises, les chambres d'hôtel ou d'hôpital, les locaux associatifs, les immeubles sauf lorsqu'ils comprennent des espaces dédiés à l'accueil du public.

[...]

Les lieux affectés à un service public peuvent être entendus comme désignant l'ensemble des institutions politiques, juridictions et administrations publiques, qu'elles soient dédiées à l'accueil du public ou non, ainsi que les organismes privés chargés d'une mission de service public, comme les caisses primaires d'assurance maladie ou les écoles privées. »

[Circulaire 11-03-2011, ministère de la justice, relative à la présentation des dispositions relatives à la contravention de dissimulation du visage dans l'espace public](#)

La circulaire du premier ministre du 14 septembre 2011 distingue clairement :

1. Le visionnage de la voie publique ou de lieux et établissements ouverts au public par des caméras de vidéo-protection (autorisation préfectorale)
2. Le visionnage des lieux non ouverts au public par des caméras de vidéo-protection (autorisation par la CNIL)

Dans le cas où le professionnel souhaite installer une caméra qui n'enregistrera des images que sur son déclenchement en cas de malveillance, il devra veiller à ce qu'elle soit orientée en direction de l'espace de travail « administratif », et non sur la partie où il prodigue les soins.

L'article précité évoque également :

- l'information des patients clairement indiquée concernant l'enregistrement vidéo,
- la durée de conservation des images,
- les sanctions prévues par la loi en cas d'enregistrement sans autorisation, ni consentement.

Références légales et réglementaires :

- Articles L 223-1 à L 223-9 du code de la sécurité intérieure
[Art L 223-1 à 223-9 CSI – Mise en œuvre de systèmes de vidéo-protection](#)
- Articles L 251-1 à L 251-8 du code de la sécurité intérieure
[Art L 251-1 à 251-8 CSI – Dispositions générales](#)
- Articles L 252-1 à L 252-7 du code de la sécurité intérieure
[Art L 252-1 à 252-7 CSI – Autorisation et conditions de fonctionnement](#)
- Articles L 253-1 à L 253-5 du code de la sécurité intérieure
[Art L 253-1 à 253-5 CSI – Contrôle et droit d'accès](#)
- Article L 254-1 du code de la sécurité intérieure
[Art L 254-1 CSI - Dispositions pénales](#)
- Décret n°96-296 du 17/10/1996 modifié, relatif à la vidéo protection
[Décret n°96-296 du 17 oct 1996](#)
- Arrêté du 03/08/2007 portant définition des normes techniques des systèmes de vidéo-protection
[Arrêté du 3 août 2007](#)
- Circulaire du 12 mars 2009 relative aux conditions de déploiement des systèmes de vidéo-protection (très détaillée)
[Circulaire 12-03-2009 Vidéoprotection - Documentation Les questions juridiques Conditions de déploiement des systèmes de vidéoprotection - ministère intérieur](#)
- Circulaire du 1^{er} ministre du 14 septembre 2011
[Circulaire 14-09-2011, premier ministre, relative au cadre juridique applicable à l'installation de caméras de vidéoprotection sur la voie publique et dans des lieux ou établissements ouverts au public, d'une part, et dans des lieux non ouverts au public, d'autre part](#)

Les visites à domicile

Au-delà de l'accompagnement des soignants par les forces de l'ordre, souvent pour un patient en rupture de soins, une procédure intermédiaire peut être établie. La procédure la plus courante est **la pré alerte des forces de l'ordre**. Le soignant les appelle et donne les coordonnées complètes du patient (nom, prénom, adresse, code d'accès, étage, porte en sortie de l'escalier et motif de la particularité de la visite qui nécessite une pré alerte...). Si aucun véhicule n'est disponible, le soignant peut décider de différer sa visite. Si une voiture de patrouille est disponible, elle se rapproche du lieu et patrouillera à proximité. Elle disposera des informations nécessaires à une intervention immédiate en cas de déclenchement de l'alerte.

Celle-ci peut être faite par :

- téléphone,
- boîtier localisé (procédure mise en place dans le Val-de-Marne),
- application Smartphone spécifique (Cayenne), l'alerte étant reçue directement par les services de police.

Lorsque la vidéo-protection de la ville est adaptée, un suivi de la visite par l'intermédiaire de la vidéo-patrouille (comme à Nîmes) peut être envisagé. Ce système permet de suivre à distance un professionnel de santé lors d'une visite et de réagir immédiatement en cas de danger. Cette procédure nécessite la transmission préalable des mêmes informations que pour la première procédure (nom, etc.). Ces points peuvent constituer l'une des annexes des accords « santé-sécurité-justice ».

Sur place, il est recommandé de se stationner de manière à pouvoir repartir sans avoir à manœuvrer.

Au domicile du patient, il est préférable d'éviter les soins dans les pièces à risques comme la cuisine ou un atelier remplis d'objets dangereux. Il vaut mieux se positionner soi-même vers la porte de sortie et le patient au fond de la pièce afin de pouvoir fuir si nécessaire. Le moyen d'alerte doit être facilement accessible. Les communications téléphoniques du soignant à propos du devenir du patient sont à effectuer plutôt sur le palier.

Le [Guide pratique pour la sécurité des professionnels de santé - ministère de l'intérieur - 2011](#) édité par le ministère de l'intérieur reprend ces problématiques et apporte des conseils.

Des applications pour smartphone ont été développées afin d'informer les professionnels libéraux sur les événements liés à la sécurité³³ – les alertes (Paris). L'Ordre peut également être le point d'entrée pour relayer les informations relatives à un fait ponctuel ou à un phénomène particulier détecté par les forces de l'ordre et pouvant présenter un risque particulier pour les professionnels de santé.

³³ On retiendra, par exemple, le système d'alerte gratuit téléchargeable sur les téléphones portables développé dans le cadre d'un partenariat de l'URPS des médecins libéraux d'Occitanie avec une société qui commercialise ce produit : www.intelligible.fr/wp-content/uploads/2015/09/URPS-DP-Cormedal-2015-06.pdf

Un exemple de partenariat en Seine-Saint-Denis

Le partenariat avec le Conseil de l'ordre des médecins existe en Seine-Saint-Denis depuis de nombreuses années et s'est étoffé avec une communication interne très forte du Conseil de l'ordre incitant les professionnels à déposer plainte. Cette information, relayée au centre d'information et de commandement (CIC) de l'état-major de la direction territoriale de la sécurité de proximité publique (DTSP) de Seine-Saint-Denis, permet un suivi minutieux de ces affaires.

En mars 2010, un livret de sécurité, à destination des professionnels de santé, a été élaboré avec leur collaboration, évoquant :

- les mesures de protection physique (équipement et télésurveillance),
- les mesures comportementales (conduite à tenir en cas d'agression),
- la sécurité lors des visites à domicile,
- les dispositifs de police mis en place (policier référent, ligne dédiée, 17 police-secours, la prise de plainte).

En outre, suite à une recrudescence d'actes violents commis à l'encontre des professionnels de santé, un dispositif individuel d'alerte et de géolocalisation (dispositif d'alarme pour travailleur isolé - DATI) a été déployé depuis 2011, permettant de signaler un incident (agression ou malaise par exemple) à une centrale d'alarme.³⁴ Pour l'heure, 25 boîtiers de ce type sont utilisés par le SAMU.

Par ailleurs, les médecins urgentistes, lors d'interventions nocturnes dans les quartiers sensibles, peuvent être avisés, par le biais de la ligne dédiée, de la physionomie du secteur, où ils se rendent sans signe distinctif (gyrophare dans le coffre, etc.) et sont accueillis par un proche de la victime qui le raccompagne à son véhicule à l'issue de la visite.

En cas de circonstances particulières, une patrouille police peut sécuriser le secteur de visite de l'urgentiste.

³⁴ L'INRS présente sur son site un chapitre consacré au travailleur isolé et présente également le principe du dispositif d'alarme pour travailleur isolé (DATI).

www.inrs.fr/risques/travail-isole/ce-qu-il-faut-retenir.html

www.inrs.fr/risques/travail-isole/dispositif-alarme-travailleur-isole-DATI.html

Les parkings

La circulation sur les parkings des établissements est parfois complexe et source de tensions voir d'accidents. Certains établissements choisissent de sous-traiter le parking (CHU de Strasbourg ou de Montpellier par exemple). D'autres choisissent de rester ouverts avec des mesures de circulation adaptées.

Parfois, des établissements choisissent des solutions mixtes. Certains retiennent la solution du péage, gratuit pour les personnels, les livraisons et les déposes rapides, payant pour les autres usagers (avec réduction pour les patients conduits à une présence fréquente dans les locaux). Rappelons qu'un parking, même privé, ouvert au public sans distinction voit le code de la route s'appliquer, même s'il dispose de barrières pour permettre le paiement du péage. Un arrêté municipal et des panneaux peuvent compléter le dispositif. S'ils ne sont pas indispensables dans tous les cas, ils sont recommandés, l'application des règles en sera facilitée.

Une seule entrée et une seule sortie des véhicules³⁵ sont à privilégier afin de fluidifier et maîtriser la circulation. Il y a lieu d'éviter les croisements de flux. Un accès supplémentaire sous contrôle peut exister pour les zones techniques. Le contrôle des flux peut se faire par lecture de plaque. Toutefois, les retours d'expérience montrent que le contrôle d'accès par badge reste la solution la plus avancée [\[ci-dessus\]](#).

En effet, les autres solutions ont des inconvénients majeurs comme des interventions humaines fréquentes, des erreurs d'accès, une gestion lourde ou des accès non autorisés. Avec la solution par badge, les établissements peuvent en distribuer aux opérateurs extérieurs pour un accès contrôlé et temporisé. Ils sont naturellement désactivables en cas de disparition.

Concernant les zones de stationnement, au-delà du cas particulier des urgences, il y a lieu de distinguer les zones publiques, les zones réservées aux professionnels et les zones réservées aux personnels qui ont des destinations et des contraintes différentes. Parfois, les services de circulation des mairies conseillent les établissements qui en font la demande afin d'apporter une expertise supplémentaire.

Le CHU de Limoges, pour désengorger ses parkings, a entrepris un partenariat avec une société de covoiturage afin de permettre à ses personnels d'effectuer leur trajet domicile travail à moindres frais, de développer une politique éco responsable et de ramener de la fluidité sur ses parkings.

³⁵ Elles peuvent être en un même lieu.

L'emploi de la force par les agents

Comme tout citoyen, les agents du secteur de la santé peuvent employer la force. Les principaux textes prévoyant cet usage sont :

- La légitime défense de soi-même ou d'autrui, d'une personne ou d'un bien.
- L'état de nécessité est un autre cadre permettant l'emploi de la force.
- L'interpellation d'un individu auteur d'une infraction grave

● **La légitime défense de soi-même ou d'autrui, d'une personne ou d'un bien**

Pour qu'il y ait légitime défense, il faut qu'il y ait une attaque et une riposte. L'attaque doit être réelle, actuelle et injustifiée et la riposte simultanée, nécessaire, proportionnée et volontaire.

Article 122-5 du code pénal

N'est pas pénalement responsable la personne qui, devant une atteinte injustifiée envers elle-même ou autrui, accomplit, dans le même temps, un acte commandé par la nécessité de la légitime défense d'elle-même ou d'autrui, sauf s'il y a disproportion entre les moyens de défense employés et la gravité de l'atteinte.

N'est pas pénalement responsable la personne qui, pour interrompre l'exécution d'un crime ou d'un délit contre un bien, accomplit un acte de défense, autre qu'un homicide volontaire, lorsque cet acte est strictement nécessaire au but poursuivi dès lors que les moyens employés sont proportionnés à la gravité de l'infraction.

Article 122-6 du code pénal

Est présumé avoir agi en état de légitime défense celui qui accomplit l'acte :

1° Pour repousser, de nuit, l'entrée par effraction, violence ou ruse dans un lieu habité ;

2° Pour se défendre contre les auteurs de vols ou de pillages exécutés avec violence.

● **L'état de nécessité est un autre cadre permettant l'emploi de la force**

Il s'agit de permettre la commission d'une infraction pour en éviter une plus grave. Par exemple, si un bâtiment menace de s'écrouler et que la force est employée pour évacuer une personne qui résiste, l'infraction de violence n'est pas constituée.

Article 122-7 du code pénal

N'est pas pénalement responsable la personne qui, face à un danger actuel ou imminent qui menace elle-même, autrui ou un bien, accomplit un acte nécessaire à la sauvegarde de la personne ou du bien, sauf s'il y a disproportion entre les moyens employés et la gravité de la menace.

● **L'interpellation d'un individu auteur d'une infraction grave**

L'interpellation d'un individu auteur d'une infraction grave autorise l'emploi de la force lorsqu'elle est nécessaire et proportionnée. Il est toutefois recommandé d'appeler la police pour procéder à cette interpellation.

Article 73 du code de procédure pénale

Dans les cas de crime flagrant ou de délit flagrant puni d'une peine d'emprisonnement, toute personne a qualité pour en appréhender l'auteur et le conduire devant l'officier de police judiciaire le plus proche.

La protection pénale des professionnels de santé et de leur famille

À la suite de ses visites et rencontres dans des établissements et avec des professionnels de santé, l'ONVS constate une certaine méconnaissance de la protection que leur offre la loi, bien qu'indiquée dans les fiches réflexes ONVS répertoriées sur le site [\[ONVS\]](#) et dans le présent guide, [Annexe 8 : Fiches réflexes](#)

Trois dispositions pénales d'importances sont à noter :

- **Concernant les MENACES proférées à l'encontre des professionnels de santé et leur famille**
L'[article 433-3 du code pénal](#) dispose que :
 - « **Est punie de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende la menace de commettre un crime ou un délit contre les personnes ou les biens proférée à l'encontre d'une personne investie d'un mandat électif public, d'un magistrat, d'un juré, d'un avocat, d'un officier public ou ministériel, d'un militaire de la gendarmerie nationale, d'un fonctionnaire de la police nationale, des douanes, de l'inspection du travail, de l'administration pénitentiaire ou de toute autre personne dépositaire de l'autorité publique, d'un sapeur-pompier professionnel ou volontaire, d'un gardien assermenté d'immeubles ou de groupes d'immeubles ou d'un agent exerçant pour le compte d'un bailleur des fonctions de gardiennage ou de surveillance des immeubles à usage d'habitation en application de l'article L. 127-1 du code de la construction et de l'habitation, dans l'exercice ou du fait de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur.**
 - Est punie des mêmes peines la menace de commettre un crime ou un délit contre les personnes ou les biens proférée à l'encontre d'un agent d'un exploitant de réseau de transport public de voyageurs, d'un enseignant ou de tout membre des personnels travaillant dans les établissements d'enseignement scolaire ou de toute autre personne chargée d'une mission de service public ainsi que **d'un professionnel de santé, dans l'exercice de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur.**
 - **Les mêmes peines** sont applicables en cas de menace proférée à l'encontre du conjoint, des ascendants ou des descendants en ligne directe des personnes mentionnées aux deux premiers alinéas **ou de toute autre personne vivant habituellement à leur domicile, en raison des fonctions exercées par ces personnes.**
 - La peine est portée à **cinq ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende lorsqu'il s'agit d'une menace de mort ou d'une menace d'atteinte aux biens dangereuse pour les personnes.**
 - Est puni de **dix ans d'emprisonnement et de 150 000 euros d'amende** le fait d'user de menaces, de violences ou de commettre tout autre acte d'intimidation pour obtenir d'une personne mentionnée au premier ou au deuxième alinéa soit qu'elle accomplisse ou s'abstienne d'accomplir un acte de sa fonction, de sa mission ou de son mandat, ou facilité par sa fonction, sa mission ou son mandat, soit qu'elle abuse de son autorité vraie

ou supposée en vue de faire obtenir d'une autorité ou d'une administration publique des distinctions, des emplois, des marchés ou toute autre décision favorable. »

- **Concernant l'aggravation de la répression des VIOLENCES ayant entraîné une incapacité de travail (ITT) DE PLUS DE 8 JOURS contre les professionnels de santé et leur famille**

L'[article 222-12 4° bis et 4° ter du code pénal](#) dispose que :

- « L'infraction définie à l'article 222-11 est punie de **cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende** lorsqu'elle est commise : [...]
- 4° bis Sur un enseignant ou tout membre des personnels travaillant dans les établissements d'enseignement scolaire, sur un agent d'un exploitant de réseau de transport public de voyageurs ou toute personne chargée d'une mission de service public, ainsi que **sur un professionnel de santé, dans l'exercice ou du fait de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur ;**
 - 4° ter **Sur le conjoint, les ascendants ou les descendants en ligne directe ou sur toute autre personne vivant habituellement au domicile des personnes** mentionnées aux 4° et 4° bis, **en raison des fonctions exercées par ces dernières ; »**

- **Concernant l'aggravation de la répression des VIOLENCES ayant entraîné une incapacité de travail INFÉRIEURE OU ÉGALE À 8 JOURS OU AUCUNE INCAPACITÉ DE TRAVAIL contre les professionnels de santé et leur famille**

L'[article 222-13 4° bis et 4° ter du code pénal](#) dispose que :

- « Les violences ayant entraîné une incapacité de travail inférieure ou égale à huit jours ou n'ayant entraîné aucune incapacité de travail sont punies de **trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende** lorsqu'elles sont commises : [...]
- 4° bis Sur un enseignant ou tout membre des personnels travaillant dans les établissements d'enseignement scolaire, sur un agent d'un exploitant de réseau de transport public de voyageurs ou toute personne chargée d'une mission de service public, ainsi que **sur un professionnel de santé, dans l'exercice ou du fait de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur ;**
 - 4° ter **Sur le conjoint, les ascendants ou les descendants en ligne directe ou sur toute autre personne vivant habituellement au domicile des personnes** mentionnées aux 4° et 4° bis, **en raison des fonctions exercées par ces dernières ; »**

- **La répression est également aggravée par le fait que la qualité de professionnel de la santé soit apparente ou connue de l'auteur et lorsque sa famille est également victime en cas de : meurtres art. 221-4 4°bis, 4°ter, actes de torture et de barbarie art. 222-3 4° bis, 4° ter, violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner, art. 222-8 4° bis, 4° ter, violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente, art. 222-10 4° bis, 4° ter.**

- Une autre disposition d'importance : **La domiciliation du professionnel de santé, victime d'une infraction, à son adresse professionnelle, voire au service de police ou à la brigade de gendarmerie territorialement compétente.**

L'[art. 706-57 du code de procédure pénale](#) dispose que :

- « Les personnes à l'encontre desquelles il n'existe aucune raison plausible de soupçonner qu'elles ont commis ou tenté de commettre une infraction et qui sont susceptibles d'apporter des éléments de preuve intéressant la procédure peuvent, sur autorisation du procureur de la République ou du juge d'instruction, déclarer comme domicile l'adresse du commissariat ou de la brigade de gendarmerie. Si la personne a été convoquée en raison de sa profession, l'adresse déclarée peut être son adresse professionnelle. L'adresse personnelle de ces personnes est alors inscrite sur un registre coté et paraphé, qui est ouvert à cet effet. »

● L'intérêt de l'examen médical aux UMJ (urgences médico-judiciaires)

Lorsqu'un professionnel de santé est victime d'une agression, il est essentiel qu'il se rende sans délai aux UMJ. Un certificat médical pourra être établi à la suite d'une réquisition judiciaire de l'OPJ (officier de police judiciaire). L'examen a pour but principal d'établir le constat médico-légal **non seulement des blessures physiques mais aussi de leur retentissement psychologique, lequel peut évoluer avec le temps.**³⁶

- La justice pourra ainsi déterminer l'ITT³⁷ nécessaire pour mesurer le préjudice subi (qualification pénale de l'infraction) et l'indemnisation éventuelle.
- Par ailleurs, les UMJ favorisent l'accompagnement des victimes en leur offrant un **soutien psychologique et en les informant sur leurs droits. Certaines UMJ, comme celles de l'Hôtel-Dieu à Paris, ont mis en place une permanence d'association d'aide aux victimes.**
- Le passage aux UMJ permet d'assurer dans les meilleures conditions de sécurité la conservation des dossiers et des prélèvements.

Réquisition judiciaire

« La réquisition est l'injonction faite à un médecin d'effectuer un acte médico-légal ne pouvant généralement être différé en raison de l'urgence qu'il y a à rassembler, avant qu'elles ne disparaissent, les preuves de la commission de violences volontaires ou de blessures involontaires. »

[Certificat médical initial, p.17 - HAS](#)

- Le ministère de la justice met à disposition deux guides utiles :

[Aide aux victimes - ministère de la justice](#) - [Guide victime - ministère de la justice](#)

³⁶ La HAS a émis, en octobre 2011, des recommandations détaillées sur le certificat médical initial concernant une personne victime de violences, notamment au regard du retentissement psychologique, et même en cas de « *violences non physiques répétées* » (sic). http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1120330/fr/certificat-medical-initial-concernant-une-personne-victime-de-violences

³⁷ **QU'EST-CE QUE L'ITT (INCAPACITÉ TOTALE DE TRAVAIL) ?** Au sens pénal, « L'ITT se définit comme la durée en jours pendant laquelle une personne n'est plus en mesure d'effectuer normalement les gestes courants de la vie quotidienne (manger, s'habiller, se laver, se coiffer, conduire une voiture, faire ses courses). Dans l'ITT, l'incapacité n'est pas totale : elle n'implique pas nécessairement l'incapacité à accomplir certaines tâches ménagères mais prend en compte une gêne significative.

Elle ne concerne pas l'activité professionnelle de la victime mais ses activités usuelles : elle peut donc être différente de l'arrêt de travail. (...) L'ITT peut ainsi être fixée même si la victime n'a pas d'activité professionnelle (enfant, retraité, chômeur...).

(...) L'évaluation de l'ITT s'applique à toutes les fonctions de la victime, c'est à dire aux troubles physiques mais aussi psychiques. La prise en compte des effets psychologiques est difficile à « chaud » et peut nécessiter une réévaluation à distance (un syndrome de stress post-traumatique peut survenir 15 jours à 6 mois après les faits sans corrélation avec l'importance des lésions physiques initiales). (...) L'ITT est fixée à dater des faits ».

Source : http://www.urgences-serveur.fr/certificat-medical-descriptif-d_1124.html

Le service de sécurité interne des personnes et des biens

Certains établissements se posent la question de la mise en place d'un service de sécurité interne en plus d'un service incendie. L'ONVS rappelle les règles actuelles en la matière.

● LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ

- L'établissement public de santé peut mettre en place un service interne de sécurité des personnes et des biens.

L'établissement public de santé fait partie des « services publics administratifs » qui ne sont pas soumis à la législation des activités privées de sécurité qui ressort des articles L.611-1 et suivants du code de la sécurité intérieure (CSI) [\[Art. L. 611-1 du CSI\]](#) et des autorisations délivrées et des contrôles exercés par le Conseil national des activités privées de sécurité (CNAPS), lequel peut être sollicité dans le cadre de sa mission de conseil en matière de réglementation.³⁸

- L'établissement public de santé peut tout à la fois posséder son service interne de sécurité et faire également appel à une société de sécurité privée qui, elle, est soumise au livre VI du CSI.

Toutefois, dans le cadre de son service interne de sécurité, un établissement public de santé n'est pas autorisé à faire porter des armes aux agents qu'il emploie (armes à feu et celles classées dans la catégorie D : tonfa, bâton télescopique, matraque). Il devra alors faire appel à une société de sécurité privée. Il revient donc à l'employeur de formuler précisément ses besoins auprès du prestataire.

- L'établissement public de santé peut également pratiquer de la poly-compétence des agents sécurité des personnes et des biens/sécurité incendie sous réserve du respect des dispositions spécifiques qui les régissent. L'établissement doit prendre en compte le type d'ERP et/ou d'IGH auquel il appartient.³⁹

Une circulaire du ministère de l'intérieur du 12 août 2015 : *Exercice des activités de sécurité privée et de sécurité incendie par des agents doublement qualifiés* en précise les conditions. Cette circulaire ne s'applique, pour la sécurité privée, que si celle-ci est externalisée.

[Circulaire 12 août 2015 - MI - sécurité privée-sécurité incendie par des agents doublement qualifiés](#)

Le Répertoire des métiers de la santé et de l'autonomie de la fonction publique hospitalière réfère 2 fiches métiers pour le poste d'encadrant et d'agent et 1 fiche pour le poste de responsable de la sécurité.

³⁸ **LE CONSEIL NATIONAL DES ACTIVITÉS PRIVÉES DE SÉCURITÉ (CNAPS) [CNAPS-SECURITE]** est un établissement public administratif placé sous la tutelle du ministre de l'intérieur. Il est chargé de l'agrément et du contrôle des professionnels de la sécurité privée exerçant dans les secteurs suivants, qu'il s'agisse de personnes morales ou physiques : *surveillance humaine ou surveillance par des systèmes électroniques de sécurité ou gardiennage - agent cynophile - opérateur de vidéoprotection - sûreté aéroportuaire - transport de fonds - maintenance et gestion de distributeurs automatiques de billets (DAB) - protection physique de personnes - recherches privées - protection des navires*. Le CNAPS est constitué de onze délégations territoriales, sept en métropole et quatre dans les territoires ultramarins. Il délivre toutes les informations nécessaires à ce sujet : [Annuaire délégations territoriales - CNAPS](#)

³⁹ En application de l'article [\[R. 123-11\]](#) du code de la construction et de l'habitation, la surveillance des établissements doit être assurée pendant la présence du public par un service de sécurité incendie tel que défini à l'article MS 46.

- [Encadrant de prévention et de sécurité des personnes et des biens](#)

Définir, planifier et piloter l'ensemble des activités de prévention et de sécurité des personnes et des biens en animant la/les équipes sécurité anti-malveillance (sûreté) et/ou de prestataires extérieurs

- [Agent de prévention et de sécurité des personnes et des biens](#)

Effectuer la surveillance dans un périmètre donné en gérant les entrées et sorties en fonction de la politique sécuritaire de l'établissement, ou dans une zone plus large nécessitant des rondes régulières, afin d'assurer la sécurité des personnes et des biens et lutter contre les dégradations, sabotages, vols et agressions.

- [Responsable de la sécurité](#)

Définir, planifier et piloter l'ensemble des activités de sécurité en animant les équipes de sécurité

Le présent guide propose une fiche de poste du cadre en charge de la sécurité

[Annexe 2 : Fiche de poste directeur - responsable sécurité](#)

● **LES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS DE SANTÉ (à but lucratif ou à but non lucratif)**

Un établissement privé de santé peut créer un service interne de sécurité S'IL EST ENREGISTRÉ AU REGISTRE DU COMMERCE ET DES SOCIÉTÉS (RCS) [\[Art. L. 612-1 du CSI\]](#).

Le service interne est dès lors soumis au livre VI du CSI. Autrement, l'externalisation est obligatoire auprès d'un prestataire dûment agréé par le CNAPS.

TABLEAU RÉCAPITULATIF DE LA RÉGLEMENTATION : ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ PUBLIC/PRIVÉ

TYPE D'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ	Présence d'un service de sécurité incendie	Présence d'un service de sécurité interne des personnes et des biens	Polycompétence du service en incendie et en sécurité sous réserve du respect des réglementations spécifiques	Autorisation du port d'arme : tonfa bâton télescopique matraque (catégorie D)	Recours à une société de sécurité privée : externalisation totale ou partielle
Établissement public	OUI	OUI mais compétence limitée	OUI	NON	OUI
Établissement privé	OUI	NON	Sans objet	Sans objet	Obligatoire
Établissement privé immatriculé au RCS	OUI	OUI après délivrance d'une autorisation par le CNAPS	OUI	OUI si agents qualifiés et en possession d'une carte professionnelle délivrée par le CNAPS	OUI

Les sources de financement envisageables

Plusieurs sources de financement peuvent être mobilisées pour financer des mesures de prévention des atteintes aux personnes et aux biens.

1. Les CLACT (contrats locaux d'amélioration des conditions de travail), intégrés au FIR (fonds d'intervention régional). Ils sont accessibles aux établissements publics et privés de soins pour financer des mesures d'amélioration des conditions de travail y compris dans le domaine de la prévention des violences. Des établissements les utilisent pour financer du matériel, des heures de formation ou des heures de psychologue du travail, de la vidéo-surveillance.
2. Le FIPD (fonds interministériel de prévention de la délinquance) est ouvert aux établissements publics de santé pour cofinancer les équipements en vidéo-protection dans le cadre de la lutte contre la délinquance.⁴⁰
3. Des fondations effectuent parfois des appels à projets dans le domaine de la prévention des violences. Ces appels à projets sont généralement relayés par la FHF.
4. Le fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés permet de financer le développement des systèmes d'information sécurisés. La partie investissement du fonds permet d'intégrer des mesures de sécurité.
5. Le FNP (fonds national de prévention) de la CNRACL (caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales) est accessible en matière de prévention des accidents du travail. La caisse assure un suivi du projet. Les violences subies constituent des accidents du travail et doivent être déclarées comme telles.
Les documents liés aux [Fiches réflexes ONVS](#) peuvent être en guide en la matière.
6. Le COPERMO (comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins) ne finance pas directement les mesures de sécurité mais prend en compte l'enquête de « sûreté et de sécurité publique » qui doit être présentée obligatoirement pour obtenir le permis de construire. Cette enquête permettra d'améliorer les conditions de travail et surtout de faire des économies en évitant les coûteux ajustements. Les référents sûreté police et gendarmerie peuvent constituer une aide à la conception du projet (Voir les conditions de l'ESSP dans [CONCEVOIR](#)).
7. Enfin, la mise en avant des mesures de prévention des risques mises en œuvre par un établissement peut constituer un argumentaire à destination des assureurs afin d'obtenir une baisse des primes d'assurance.

⁴⁰ Circulaire 2017 téléchargeable sur le site du CIPDR (comité interministériel de prévention de la délinquance et de la radicalisation) : interieur.gouv.fr/SG-CIPDR/CIPDR/Actualités/Circulaire-FIPD-2017
Sur le CIPDR : interieur.gouv.fr - SG-CIPDR - FIPD

D'autres regards contribuant au développement d'une politique nationale de prévention des atteintes aux personnes, aux biens et à l'information

Le rapport sur les violences subies par les professionnels de santé de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) - 2001

La ministre de l'emploi et de la solidarité avait demandé à cette inspection de diligenter une mission à propos de la violence subie par les professionnels de santé et des situations d'insécurité auxquelles ils se trouvent confrontés. MM. Costargent et Vernerey avaient été désignés pour effectuer cette mission. Des extraits sont placés en annexe du présent guide [\[ci-dessous\]](#). Ce travail avait abouti à la formulation de cinquante-six propositions présentées sous sept rubriques ayant pour objectifs de mieux connaître les phénomènes de violence et d'insécurité, les prévenir, de traiter le risque professionnel, de rappeler et faire évoluer les droits, de prendre en compte les répercussions, de développer les partenariats et enfin d'améliorer l'exercice des professionnels de santé exerçant dans les quartiers sensibles tout en répondant aux besoins de santé des populations.

Ces propositions ont abouti à divers mesures, notamment la loi pour la sécurité intérieure n°2003-239 du 18 mars, prévoyant :

- l'aggravation des peines pour les auteurs de faits commis sur des personnels de santé,
- la signature d'accords « santé-sécurité-justice » visant une meilleure protection des professionnels par la fédération des administrations locales autour de cette question,
- la création de l'observatoire national des violences en milieu de santé afin de répertorier les faits subits par les professionnels,
- le recrutement par le ministère de la santé d'un commissaire de police en détachement à titre d'expert,
- la mise en place d'un guide pratique de sécurité des professionnels de santé par le ministère de l'intérieur,
- l'établissement de fiches réflexes pour mieux prendre en charge les personnes victimes de violences et développer les points clefs d'une politique de prévention des violences et enfin la diffusion du présent guide de sécurité.

La directive générale sur la violence au travail dans le secteur de la santé du Bureau international du travail (BIT) - 2002

Le BIT énonce des points clefs d'une politique de prévention des violences [\[ci-dessous\]](#) en détaillant des mesures envisageables pour les gouvernements, les employeurs, les soignants, les représentants et ce qu'il nomme la communauté élargie (médias, instituts de recherche, les spécialistes de la violence, etc.). La directive détaille également des mesures clefs du domaine des pratiques professionnelles et de l'environnement physique (accès, espace,

zones d'attente, aménagements, locaux, système d'alarme et caméras de surveillance) que nous recommandons.

Globalement, la France apparaît avoir pris de nombreuses mesures permettant d'améliorer la sécurité des professionnels de santé. Cependant, afin de progresser dans cet axe, des dispositifs sont envisageables afin de mieux intégrer les prescriptions de cette directive. Ce guide a été rédigé à cette fin.

Annexes

Annexe 1 : Éléments susceptibles d'être repris dans le cadre des accords « santé-sécurité-justice »

- **La désignation d'un correspondant santé au sein des commissariats et gendarmeries.**

Il s'agit d'un policier ou d'un gendarme chargé de faire le lien avec le secteur de la santé. Il agit comme un facilitateur, le but étant qu'un fort lien de proximité naisse entre le correspondant santé et les professionnels de santé. Il connaît les difficultés du secteur de santé. Il est, au quotidien, l'interlocuteur privilégié pour les problèmes de sécurité. Il permet l'accès à l'ensemble des services de sécurité qui dépassent largement le seul commissariat ou la seule brigade.

- **La possibilité de faire effectuer gratuitement un diagnostic de sécurité (ou des conseils de sécurité pour la médecine de ville) par les référents sûreté.**⁴¹

Il s'agit d'un policier ou d'un gendarme, formé et diplômé, qui peut se déplacer à la demande d'un établissement, et conseiller notamment sur les mesures d'urbanisme, d'architecture ou techniques visant à prévenir la commission d'actes délictueux ou à les rendre moins profitables pour leurs auteurs (prévention situationnelle). Ces mesures, qui visent l'acte de délinquance lui-même, doivent permettre de dissuader les passages à l'acte, retarder ou bloquer l'action malveillante, réduire ses effets, alerter et faciliter l'action des secours. Elles sont de nature technique, humaine ou organisationnelle.

Le référent sûreté est, en outre, le rapporteur de la commission départementale de sûreté et de sécurité publique, qui est chargée de valider les « études de sûreté et de sécurité publique » (ESSP) pour tous les projets d'aménagement, de réalisation d'équipements collectifs et des programmes de construction qui, par leur importance, leur localisation ou leur caractéristiques propres peuvent avoir des incidences sur la protection des personnes et des biens contre les menaces et les agressions.⁴²

Toutefois, ces diagnostics ne sont qu'une aide à la décision pour l'établissement. Ils complètent une politique de prévention des atteintes aux personnes et aux biens. En matière d'anti malveillance, l'établissement ou le professionnel de soins reste maître de sa décision. Certains établissements, afin d'être les plus précis possible dans les solutions mises en œuvre, ont mis en place deux méthodes parallèles d'identification des problématiques liées à la sûreté afin d'optimiser la décision. En effet, **si les mesures de sûreté pures sont indispensables dans le cadre d'un plan, elles ne peuvent que compléter un travail sur les flux et leur prise en charge en vue de générer une amélioration des conditions de travail du personnel et des soins vis-à-vis de la patientèle (v. l'exemple de Bichat [\[ci-dessus\]](#)).**

⁴¹ Pour une connaissance de l'offre du référent sûreté et de la prévention situationnelle :

[Référents-sûreté intérieur](#) - [Référents-sûreté - police nationale](#) - [Référents-sûreté](#) - Voir : [\[Annexe 10 : Liens utiles\]](#)

⁴² Voir Annexes 9 et 10 : Principaux textes de référence sur les ESSP. [Art L.114-1 à L.114-4 du code de l'urbanisme - Art R.114-1 à R.114-3 du code de l'urbanisme \(qui regroupent les dispositions des anciens décrets n°2007-1177 du 3 août 2007 et n° 2011-324 du 24 mars 2011\)](#) - [Circulaire interministérielle 2007 sur les ESSP](#)

Sur la finalité des ESSP, et les règles qui régissent l'obligation d'une ESSP, voir note [\[10\]](#).

Travailler uniquement sur les aspects sécuritaires d'un dispositif reviendrait à faire un travail sur les symptômes sans analyser les raisons profondes du phénomène. On se rend compte que les amplificateurs d'agressivité sont constitués par divers phénomènes : la peur, l'attente, l'effet de groupe, l'alcool, les stupéfiants, l'absence d'information, la rupture de la communication, l'entrée d'une personne interdite dans le périmètre de sécurité, des postures inconscientes, agressives, des paroles inadaptées, un refus, etc.

Quand on évoque la sécurité, on évoque la sécurité des biens, de l'information et des personnes (« BIP » – acronyme retenu par les architectes des villes). À l'image de la RATP, il est envisageable de gérer la sécurité de manière dynamique par l'intermédiaire de la gestion des flux : du moment où le patient/résident/client a un premier contact avec l'établissement, durant son parcours et jusqu'à sa sortie. Il doit lui-même être en sécurité et ne pas poser de problèmes de sécurité. La même démarche est possible pour les personnels, les biens et l'information.

Spécifiquement en secteur de santé, **on peut identifier les problématiques par deux méthodes parallèles mais interactives : la méthode des professionnels de santé et la méthode des professionnels de sûreté.**

- En santé, souvent, un observatoire des violences et des événements est mis en place au niveau de la direction ou de l'une des directions afin de piloter des groupes de travail sur la thématique de la violence, de coordonner l'action des correspondants prévention des violences et d'intervenir auprès de la direction afin d'intégrer le paramètre sûreté dès l'origine de tous les projets, y compris le projet d'établissement à 5 ans. La consultation de cet observatoire pour les projets (construction d'un établissement neuf, réfection d'un bureau, passage à l'ambulatorio générant de nouveaux flux et de nouvelles files d'attente...) peut être un indicateur. Cet observatoire pilote les groupes de travail dans chaque service, chaque bâtiment en différenciant les problématiques de jour et de nuit avec un questionnaire. Il prend l'information, la fait circuler. Ainsi, les problématiques remontent et sont bien souvent accompagnées des solutions à mettre en œuvre ; solutions qui peuvent être déjà connues des soignants (domaine de la prise en charge et non du domaine de la sécurité).

Ce dispositif est complété par la désignation dans chaque unité d'un correspondant prévention des violences. Il s'agit souvent du cadre de santé ou du cadre supérieur de santé en charge de faire remonter quotidiennement l'information et de la faire redescendre, de rappeler les consignes et la bonne application des décisions prises pour la sécurité de tous. Ce correspondant permet à chacun de s'approprier les règles jusqu'à leurs intégrations complètes. Elles deviennent alors naturelles. Ce dispositif « santé » apporte une dynamique sur le sujet de la prévention des atteintes aux personnes et aux biens.

- La seconde méthode, celle des professionnels de la sécurité, peut s'appuyer sur des outils comme :
 - le diagnostic de sécurité partagé effectué par le « référent-sûreté » (police-gendarmerie, gratuit) mais aussi par des professionnels en interne ou par des sociétés extérieures,

- des sites internet de référence sur ces questions sur les bonnes pratiques, les bonnes questions (v. [Annexe 10 : Liens utiles](#)),
- la grille ARR-VEXT qui vient de Martinique. Elle permet de se fixer ses propres objectifs et de voir si l'on les a atteints par l'intermédiaire d'un graphique synthétique et de présenter la démarche à une **direction** (v. [Annexe 10 : Liens utiles](#)),
- l'étude de sûreté et de sécurité publique (déjà citée, v. notes [\[10\]](#)) et [\[42\]](#)),
- la méthode EBIOS (Expression des Besoins et Identification des Objectifs de Sécurité) qui vient de l'informatique, mais applicable selon certains à un diagnostic de sécurité des biens, informations & personnes (« BIP »). Elle est complète, mais demande un investissement important des acteurs (v. [Annexe 10 : Liens utiles](#)),
- le RSSI (responsable de la sécurité des systèmes d'information) du HFDS (haut fonctionnaire de défense et de sécurité) du secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales ssi@sg.social.gouv.fr qui va recueillir les incidents informatiques sur le territoire et donner la réponse appropriée. Il peut détecter des attaques coordonnées et donner la démarche de résolution de problème [\[ci-dessus\]](#),
- les normes comme l'ISO 31 000 non contraignantes, mais elles constituent une aide pour une véritable politique prévention des risques au sens large dans laquelle vient s'insérer la prévention des violences (v. [Annexe 10 : Liens utiles](#)).

● **La couverture extérieure des établissements par la vidéo-protection des municipalités.**

Il ne s'agit pas pour le maire d'une obligation de financement d'une protection vidéo des extérieurs, mais bien d'une recommandation faite aux maires d'intégrer cette problématique dans la politique de la ville (notamment par l'intermédiaire des CLSPD⁴³). Le correspondant santé police/gendarmerie est un interlocuteur privilégié pour cette démarche. Il s'agit de proposer la couverture de points particuliers de l'établissement (accès, points sensibles, matières dangereuses, lieu de fugue, etc.) et signifier ce que l'établissement ne souhaite pas voir filmer pour des raisons de secret médical par exemple. Une caméra de ville est motorisée. En l'absence de pilotage manuel, celle-ci effectue une patrouille automatique. L'établissement doit savoir quoi filmer et combien de temps et le faire savoir aux services de la mairie qui décidera de l'opportunité de la mesure ou de l'investissement.

● **La mise en place de procédures d'alerte particulières.**

Il s'agit là du point le plus important de ces accords puisqu'il traite des annexes à la convention déjà évoquées. À chaque problématique identifiée (à l'aide des moyens précédemment explicités par exemple), doit correspondre une annexe reprenant la procédure interne à l'établissement et la mise en place d'un protocole avec la police et la gendarmerie (découverte d'objet suspect, agression, fugue, visite à domicile à risque...). Une liste non exhaustive des annexes envisageables est placée [\[ci-dessus\]](#). L'un des paramètres à prendre en compte est le temps de résistance des procédures, des dispositifs. Il est constitué du temps de résistance mécanique auquel s'ajoute le temps de détection, de transmission et le temps d'intervention. Pour le déclenchement de

⁴³ Conseil local de sécurité et de prévention de la délinquance.

l'alerte, des solutions variables sont mises en œuvre comme les boutons sur les boîtiers PTI (protection travailleur isolé), les boutons d'alarme, les touches préprogrammées sur les téléphones (DECT, téléphones fixes, etc.) ou les boutons RAMSES (permettant l'alerte directe des services de police et de gendarmerie par l'intermédiaire de boîtier bris de glace). Ces dispositifs doivent correspondre à une fiche annexe des accords (des fiches internes peuvent les compléter, les préciser) qui détaille les procédures.

● **La facilitation du dépôt de plainte.**

Les professionnels de santé peuvent obtenir une prise de plainte sur rendez-vous notamment par l'intermédiaire du correspondant santé et être domiciliés sur leur lieu de travail ; leur adresse personnelle n'apparaissant pas dans la procédure (ou domicilié au conseil départemental de l'ordre pour les libéraux).

En matière pénale, seule la victime directe d'une infraction peut déposer une plainte. L'établissement de santé ou l'ordre professionnel ne peut pas se substituer. En revanche, il peut se constituer partie civile aux côtés de la victime et la faire bénéficier de son assistance⁴⁴.

La constitution de partie civile peut être effectuée à l'occasion du dépôt de plainte au commissariat ou en gendarmerie, auprès du procureur de la République, lors de la phase de l'instruction ou même lors du procès.

À cette dernière occasion, il est possible de solliciter un sursis à statuer sur les intérêts civils (notamment si le préjudice n'est pas encore définitivement établi). Ainsi, l'auteur pourra être condamné pénalement immédiatement, mais le juge se prononcera ultérieurement sur les dommages-intérêts (le temps d'estimer précisément leur montant par exemple).

L'établissement ou l'ordre professionnel peut se constituer partie civile dans quasiment tous les cas tant que le préjudice est direct. Le temps accordé à l'agent victime pour le dépôt de plainte, les soins, l'arrêt de travail (des blessures consécutives à des violences subies dans le cadre de son travail constituent un accident du travail) et le remplacement de l'agent sont constitutifs d'un préjudice direct pour l'employeur. Le préjudice inclut le salaire ainsi que les charges sociales et patronales, éléments qui doivent être fournis au juge pour qu'il puisse rendre sa décision.

Le directeur de l'établissement peut signaler tout fait au procureur de la République (souvent par l'intermédiaire d'un formulaire qui peut être placé en annexe de la convention) en application de [l'article 40](#) du code de procédure pénale (CPP). Les faits signalés au procureur seront transmis aux services de police ou de gendarmerie. La victime, qui ne souhaite pas déposer une plainte, sera quand même convoquée par le service enquêteur pour audition. Elle pourra toujours s'abstenir d'une plainte. Le procureur pourra poursuivre même en l'absence de plainte. Toutefois, nous conseillons d'aborder au préalable le sujet de l'utilisation de l'article 40 avec le procureur, afin qu'il puisse mieux intégrer cette donnée dans sa politique pénale.

Concernant l'interaction entre l'article 40 du CPP et le secret professionnel (art. 226-13 du code pénal - art. L.1110-4 du code de la santé publique), nous renvoyons à l'Annexe 8 des Fiches réflexes ONVS [\[ci-dessous\]](#) établies en partenariat entre l'ONVS, la FHF et la MACSF. En infra pénal, ce dispositif peut être complété par un courrier du directeur à destination de chaque

⁴⁴ [CIRCULAIRE N° DHOS/P1/2000/609](#) du 15 décembre 2000 relative à la prévention et à l'accompagnement des situations de violence

auteur afin de lui rappeler la législation et l'informer du signalement au procureur de la République en cas de nouvelle infraction. Parfois, des établissements ajoutent une mention dans le dossier administratif du patient/résident auteur et à chaque fois que celui-ci se présente, un membre de la direction ou du service de médiation/sécurité se présente avant la prise en charge pour lui rappeler les faits et l'informer d'une plainte déposée en cas de commission d'une nouvelle infraction.

- ***La transmission des suites données à la victime, mais également à l'établissement.***

Très souvent, le Justice s'engage à faire un retour trimestriel ou semestriel sur les procédures où le personnel de santé est victime. Pour la médecine de ville, ce sont les ordres qui sont destinataires de ces informations. V. [Circulaire rapports parquets ordres prof santé 2013-09-24 - ministère de la justice](#)

- ***Ces accords sont conçus pour être revus si nécessaire chaque année.***⁴⁵

Leur conclusion sous forme courte avec annexes permet leur modification régulière sans passer par la signature officielle de chacun des représentants. Cette revue sera l'occasion d'examiner les bilans de mise en œuvre du protocole à fin 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 procureur de la République.

⁴⁵ L'instruction N° SG/HFDS/2016/340 du 16 novembre 2016 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements de santé http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2016/16-12/ste_20160012_0000_0061.pdf précise : « Vous incitez les établissements à conclure ou à actualiser les conventions « santé-sécurité-justice », qui permettent d'assurer une démarche commune et formalisée entre les établissements, les forces de sécurité et les représentants du ministère de la justice, adaptée aux spécificités et aux priorités locales [...] Les conventions déjà signées seront mises à jour dans le cadre de la présente instruction, en y incluant les risques liés à la menace terroriste. »

Annexe 2 : Proposition de fiche de poste du responsable sûreté-sécurité

La sûreté-sécurité (« BIP » biens, information, personnes) est devenue un champ d'activité de premier ordre en milieu de santé, renforcé par le contexte actuel de la menace terroriste.⁴⁶

Aussi, quelle que soit la dénomination du poste : « Directeur sûreté et prévention », « Directeur sécurité générale », « Conseiller pour la sécurité générale », « Responsable sécurité », « Responsable sécurité générale », etc., il apparaît important de rattacher à la direction/direction générale le cadre qui assure cette fonction.

La confidentialité et la sensibilité des informations traitées militent aussi en ce sens, tout comme le fait que ce cadre assure également, dans sa fonction d'interlocuteur privilégié avec les partenaires d'État, le rôle de « correspondant Vigipirate » et assure la mise en œuvre du PSE (plan de sécurité d'établissement)⁴⁷ du plan blanc et du plan de continuité d'activité.

La fiche de poste peut s'articuler de la sorte.

Expertise technique :

- proposition, mise en œuvre et évaluation de la politique de sûreté-sécurité de l'établissement,
- expertise technique et proposition au directeur d'établissement concernant les choix, projets et activités du domaine d'activité en liaison étroite avec les autres directeurs de pôles,
- participation aux études des projets de travaux (conception, prescriptions, maîtrise d'œuvre, etc., dans son domaine d'activité)
- rédaction des dossiers techniques destinés aux services instructeurs,
- programmation des investissements annuels et pluriannuels dans son domaine d'activité,
- réalisation d'audits internes des installations techniques,
- suivi de la conformité de toutes les opérations de travaux,
- préparation des visites périodiques des services instructeurs,
- élaboration des plans de secours en concertation avec l'ensemble des acteurs.

Missions fonctionnelles :

- développement du partenariat avec les partenaires locaux liés à la sécurité,
- application et explication du plan Vigipirate,
- préparation et mise en œuvre de la convention santé-sécurité-justice tant à l'égard des violences en milieu de santé que dans le cadre du PSE,
- mise au point des scénarii de crise et vérification de l'efficacité des dispositifs mis en œuvre,
- signalements auprès de l'Observatoire Nationale de la Violence en milieu de Santé (ONVS) au sein de la Direction Générale de l'Offre des Soins (DGOS).

⁴⁶ Sur la création d'un service interne de sécurité des personnes et des biens dans les établissements de santé, voir [Le service de sécurité interne des personnes et des biens](#)

⁴⁷ La responsabilité du directeur d'établissement ressort des art. L. 4121-1 et L. 4121-2 du code du travail. V. note [3]. L'instruction SG HFDS/DGS/DGOS du 16 novembre 2016 sur le plan de sécurisation des établissements rappelle également cette responsabilité.

Organisation du service :

- conception et réalisation des outils et/ou des méthodes spécifiques au domaine d'activité,
- définition, mise en place et suivi de l'organisation du service,
- encadrement, gestion et formation des personnels de son service,
- contrôle et rappel de l'application des règles, procédures, normes et standards dans son domaine d'activité à l'ensemble des personnels de l'établissement,
- formation (et information) des personnels de l'établissement dans son domaine d'activité (violences, radicalisation, Vigipirate, PSE, mesures de prévention, de protection, etc.),
- faire le lien entre les équipes médicales, administratives et les personnels de sécurité,
- organisation et suivi opérationnel des activités.

Missions transversales :

- rédaction des documents techniques d'appel d'offres dans son domaine d'activité,
- suivi administratif et financier des dossiers confiés,
- pilotage de l'entretien et de la maintenance (préventive et corrective) des équipements de sûreté-sécurité,
- auditeur interne dans le cadre des visites de certification de la Haute autorité de santé (HAS),
- collaboration à l'élaboration du document unique,
- participation au comité de pilotage de gestion des risques.

Qualifications requises :



- Diplôme de niveau BAC+3, option « Management de la Sécurité et de la Gestion des Risques »,
- S.S.I.A.P. 3 en cours de validité,
- Le Cycle technique CERIC et/ou INSSI serait apprécié

Savoir-faire et savoir-être :

- management, encadrement, pilotage,
- conduite du changement,
- fixation d'objectifs, mesure des résultats et évaluation des performances,
- stratégie et organisation,
- communication,
- gestion administrative, économique et financière.

Annexe 3 : La fiche de signalement ONVS

Intégrée dans la « plateforme signalement ONVS », cette fiche détaillée permet de bien sérier les phénomènes de violences et d'incivilités et leurs circonstances. Il vient d'être ajouté la circonstance de : « Atteinte au principe de laïcité ». [Fiche signalement ONVS - 2017](#)

Direction générale de l'offre de soins		Cette fiche ne remplace en aucun cas le déclenchement des procédures habituelles d'alerte.		 <small>MINISTÈRE DE SANTÉ, DES SOLIDARITÉS ET DU DÉVELOPPEMENT DURABLE</small>		L'observatoire accompagne les établissements dans le développement de leur politique de prévention des atteintes aux personnes et aux biens notamment en venant les rencontrer. http://www.sante.gov.fr/opus		 <small>OBSERVATOIRE NATIONAL DES VIOLENCES EN MILIEU DE SANTÉ</small>		
FICHE DE SIGNALLEMENT										
(Précisions sur le lieu, nom prénom du déclarant par exemple)										
Champ libre pour les établissements										
Informations générales										
Date de l'événement : / /			Heure de l'événement : :			Structure :				
Description anonymisée des faits :										
Circonstances										
Reproche relatif à une prise en charge : <input type="checkbox"/>			Temps d'attente jugé excessif : <input type="checkbox"/>			Atteinte au principe de laïcité : <input type="checkbox"/>				
Causes de violences			Règlement de compte : <input type="checkbox"/>			Diagnostic non accepté : <input type="checkbox"/>				
Alcoolisation : <input type="checkbox"/>			Drogue : <input type="checkbox"/>			Refus de prescription : <input type="checkbox"/>				
Suicide : <input type="checkbox"/>			Autres : <input type="checkbox"/>							
Intrusions		Zone de soins : <input type="checkbox"/>		Espace d'accueil de l'IOA : <input type="checkbox"/>		Bloc opératoire : <input type="checkbox"/>		Autre lieu : <input type="checkbox"/>		
Interventions		Personnel hospitalier : <input type="checkbox"/>		Forces de l'ordre : <input type="checkbox"/>		Service de sécurité interne : <input type="checkbox"/>		Autres : <input type="checkbox"/>		
Préjudices										
Préjudice principal			La cause principale du fait déclaré est directement liée à un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli le discernement ou le contrôle des actes de l'auteur : <input type="checkbox"/>							
Préjudice aux personnes			Injure, insulte et provocation : <input type="checkbox"/>			Chahut, occupation des locaux : <input type="checkbox"/>		Exhibition sexuelle : <input type="checkbox"/>		Violence involontaire : <input type="checkbox"/>
Menace physique : <input type="checkbox"/>			Menace de mort : <input type="checkbox"/>			Port d'arme : <input type="checkbox"/>		Drogue / alcool : <input type="checkbox"/>		
Menace avec arme : <input type="checkbox"/>			Violence avec arme : <input type="checkbox"/>			Agression sexuelle : <input type="checkbox"/>		Viol : <input type="checkbox"/>		
Violence volontaire : <input type="checkbox"/>			Enlèvement, séquestration : <input type="checkbox"/>			Prise d'otage : <input type="checkbox"/>		Autre fait qualifié de crime : <input type="checkbox"/>		
Préjudice aux biens			Dégradations de locaux : <input type="checkbox"/>			Dégradation de véhicule : <input type="checkbox"/>		Dégradations de matériel de valeur : <input type="checkbox"/>		
Dégénération légère : <input type="checkbox"/>			Incendie volontaire : <input type="checkbox"/>			Tags, graffitis : <input type="checkbox"/>				
Escroquerie : <input type="checkbox"/>			Atteinte aux informations : <input type="checkbox"/>			Vol sans effraction : <input type="checkbox"/>		Vol à main armée : <input type="checkbox"/>		
Vol de matériel électronique : <input type="checkbox"/>			Vol de moyen de paiement/papier d'identité : <input type="checkbox"/>			Vol avec effraction : <input type="checkbox"/>		Vol de véhicule : <input type="checkbox"/>		
Vol de matériel important : <input type="checkbox"/>			Vol de documents médicaux (ordonnance, tampon...) : <input type="checkbox"/>			Vol de petit matériel : <input type="checkbox"/>		Vol de médicaments : <input type="checkbox"/>		
Vol d'effets personnels : <input type="checkbox"/>			Vol de médicaments : <input type="checkbox"/>			Vol d'autres types de biens : <input type="checkbox"/>				
Victimes/auteurs										
Nombre de victimes		Femmes		Hommes		Femmes		Hommes		
Médecins ou assimilés : <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Personnels administratifs : <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Infirmiers : <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Agents de sécurité : <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Personnels soignants : <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Patients : <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Établissement victime : <input type="checkbox"/>						Détenus : <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Visiteurs : <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Autres : <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Nombre d'auteurs		Femmes		Hommes		Femmes		Hommes		
Médecins ou assimilés : <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Personnels administratifs : <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Infirmiers : <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Agents de sécurité : <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Personnels soignants : <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Patients : <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Détenus : <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Visiteurs : <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Autres : <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Autres : <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Victimes/auteurs										
Bilan chiffré		Nombre total de jours d'arrêt de travail : <input type="text"/>				Nombre total de jours d'ITT : <input type="text"/>				
		Estimation du montant des dégradations : <input type="text"/>				Estimation du montant des vols : <input type="text"/>				
Mode opératoire		Mode opératoire du vol avec effraction : <input type="text"/>				L'arme a-t-elle été utilisée : <input type="text"/>				
		Type d'arme de l'auteur de l'événement : <input type="text"/>								
Suites		Suite engagée (plainte, main courante, etc.) : <input type="text"/>		Qui a déposé (victime, États) : <input type="text"/>		Suite judiciaire : <input type="text"/>				
Condamnation prononcée		Peine de prison : <input type="checkbox"/>		Amende : <input type="checkbox"/>		Rappel à la loi : <input type="checkbox"/>				
Commentaires										
Description des dégradations		<input type="text"/>								
Commentaire général		<input type="text"/>								

Annexe 4 : L'échelle de gravité de signalement de l'ONVS

Le recueil des signalements intègre une échelle de gravité reprenant les actes de violence tels que hiérarchisés dans le code pénal. Ils sont différenciés selon les atteintes aux personnes ou les atteintes aux biens puis déclinés par niveaux de gravité.

Les atteintes aux personnes

- **Niveau 1** : injures, insultes et provocations sans menaces (propos outrageants, à caractère discriminatoire ou sexuel), consommation ou trafic de substances illicites (stupéfiants) ou prohibées en milieu hospitalier (alcool), chahuts, occupations des locaux, nuisances, salissures
- **Niveau 2** : menaces d'atteinte à l'intégrité physique ou aux biens de la personne, menaces de mort, port d'armes (découverte d'armes lors d'un inventaire ou remise spontanée ou présence indésirable dans les locaux)
- **Niveau 3** : violences volontaires (atteinte à l'intégrité physique, strangulation, bousculades, crachats, coups), menaces avec arme par nature (arme à feu, arme blanche) ou par destination (scalpel, rasoir, tout autre objet), agression sexuelle
- **Niveau 4** : violences avec arme par nature (arme à feu, arme blanche) ou par destination (scalpel, rasoir, couverts, tout autre objet : stylo, lampe, véhicule, etc.), viol et tout autre fait qualifié de crime (meurtre, violences volontaires entraînant mutilation ou infirmité permanente, enlèvement, séquestration, etc.).

Les atteintes aux biens

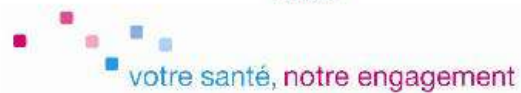
- **Niveau 1** : vols sans effraction, dégradations légères, dégradations de véhicules sur parking intérieur de l'établissement (hors véhicules brûlés), tags, graffitis
- **Niveau 2** : vols avec effraction
- **Niveau 3** : dégradations ou destruction de matériel de valeur (médical, informatique, imagerie médicale, etc.), 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, etc.)

Annexe 5 : Le dispositif des Hospices civils de Lyon



MESURES RELATIVES AUX ACCES DES ETABLISSEMENTS

14/09/2015



Sommaire

- Dispositif anti-rapt de nourrisson**
- Dispositif anti-errance des personnes désorientées**
- Badge unique et contrôle d'accès**
- Vidéoprotection et métadonnées**
- Parkings payants**
- Convention Police-Santé**
- Sensibilisations et formations du personnel**

Département
Prévention
et Sécurité
Générale

2



Dispositif anti-rapt de nourrisson

Sur toutes les maternités des HCL :

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



vosre santé, notre engagement

Dispositif anti-errance des personnes désorientées

Sur tous les secteurs concernés des HCL :

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



vosre santé, notre engagement

Badge unique et contrôle d'accès

Sur tous les établissements des HCL :

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

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



vosre santé, notre engagement

Badge unique et contrôle d'accès

Sur tous les établissements des HCL :

Accès bâtiment



Identification par badges sécurisés



Accès tourniquet



Accès parking



vosre santé, notre engagement



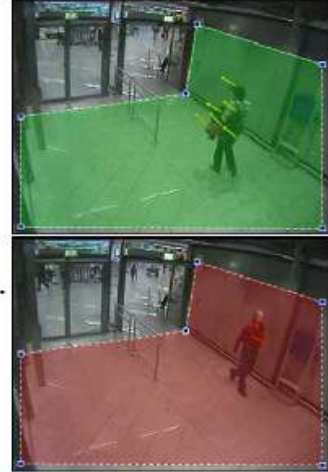
Hospices Civils de Lyon

Vidéoprotection et métadonnées

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

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

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



vosre santé, notre engagement

Département
Prévention
et Sécurité
Générale

7



Hospices Civils de Lyon

Parkings payants

A terme, sur tous les groupements hospitaliers :

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

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



vosre santé, notre engagement

Département
Prévention
et Sécurité
Générale

8

Convention police-santé

En particulier :

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

Département
Prévention
et Sécurité
Générale

9



 votre santé, notre engagement

Annexe 6 : Rapport IGAS sur les violences subies par les professionnels de santé - 2001

Le long extrait, reproduit dans le présent guide, du rapport⁴⁸ présenté par les inspecteurs généraux des affaires sociales Georges Costargent et Michel Vernerey, mérite toute l'attention de l'ensemble des acteurs de la santé en raison de la pertinence des propositions formulées.

[...]

Les cinquante-six propositions formulées par les rapporteurs sont présentées sous sept rubriques : connaître les phénomènes de violence et d'insécurité, prévenir ces phénomènes, traiter le risque professionnel, faire évoluer le droit, accompagner les victimes d'agression, favoriser le partenariat et améliorer l'exercice professionnel dans les quartiers sensibles. Elles constituent à la fois un plan d'action de prévention de la violence, de lutte contre l'insécurité et d'accompagnement des professionnels de santé victimes d'une agression et un programme visant à améliorer l'exercice professionnel dans les quartiers sensibles et les réponses à apporter aux besoins de santé des habitants de ces quartiers. Elles s'énoncent ainsi :

Mieux connaître les phénomènes de violence et d'insécurité

- Promouvoir la réalisation d'études multidisciplinaires et de portée générale sur les phénomènes de violence.
- Entreprendre des enquêtes de victimation auprès des professions de santé identifiées à plus forts risques professionnels.
- Individualiser, au sein du ministère de l'emploi et de la solidarité (DHOS), une fonction transversale sur la prévention des accidents du travail des professions de santé.
- Améliorer la comptabilisation des infractions pénales relatives à la violence et à l'insécurité.
- Encourager les ordres professionnels constitués à créer une fiche de déclaration d'agression.
- Améliorer les statistiques d'accident du travail.
- Généraliser dans les établissements de santé la tenue du registre d'inscription des accidents de travail bénins.
- Modifier la nomenclature des bilans sociaux des établissements de santé.
- Inciter les établissements de santé, à instaurer une fiche de signalement d'événements indésirables.

Prévenir les phénomènes de violence et lutter contre l'insécurité

- Favoriser l'insertion, l'implication et la participation des professions de santé et des établissements dans l'élaboration et le suivi des contrats locaux de sécurité.
- Inviter les préfets à négocier, pour les territoires non inclus dans un CLS, un protocole départemental de lutte contre la violence et l'insécurité des professionnels de santé libéraux.
- Élargir les compétences du sous-comité médical du CODAMU ; cette instance pourrait examiner le protocole départemental de lutte contre la violence et l'insécurité.

⁴⁸ Rapport n° 2001.110 octobre 2001 :

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/024000093.pdf>

- Inciter les professions libérales médicales au sein des unions régionales des médecins libéraux à favoriser des actions en faveur de la sécurité des activités professionnelles de leurs adhérents.
- Prévoir le financement de ces dispositifs de protection (FRE, FAQSV, etc.).
- Rappeler aux professionnels de santé libéraux que ceux qui travaillent seuls courent vraisemblablement plus de risques.
- Sensibiliser les populations au bon usage des visites à domicile.
- Envisager, dans les cas où le déplacement s'avère justifié, des modalités d'accompagnement du praticien en visite au domicile du patient.
- Inciter, en matière de déontologie et de permanence des soins, les conseils et/ou syndicats départementaux des ordres concernés à exercer leurs prérogatives et rappeler aux praticiens défailants leurs obligations déontologiques.
- Renforcer la sécurité des officines pharmaceutiques.
- Rappeler aux pharmaciens d'officine la nécessité d'appliquer les règles édictées.
- Encourager l'élaboration et l'édition conjointe de guides de sécurité par les conseils régionaux de l'ordre des pharmaciens et les DDSP (directions départementales de la sécurité publique – police nationale).
- Rappeler aux pharmaciens leurs obligations d'assurer la garde durant la nuit ou les dimanches et jours fériés.
- Inventorier et évaluer (études de coût–efficacité) les procédures mises en place pour sécuriser les modalités d'accès aux officines pharmaceutiques.
- Évaluer les pratiques en cours des officines pharmaceutiques d'exercice exclusif de nuit ou des officines pharmaceutiques assurant le service au public 24 heures sur 24 et 365 jours par an.
- Inciter les établissements de santé à produire le programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail.
- Harmoniser les conditions d'intervention et de financement des mesures de prévention des fonds nationaux de prévention des accidents du travail.
- Poursuivre en 2002 le programme lancé en 2001 de prévention de la violence et d'accompagnement des victimes.
- Conforter les acteurs de la prévention dans leur rôle de prévention et appeler l'attention des chefs d'établissement sur la nécessité de la formation.
- Renforcer la lutte contre la malveillance par du personnel et des moyens matériels.
- Développer la formation initiale et continue à la sécurité.
- Favoriser la pratique des stages extra-hospitaliers auprès des professionnels exerçant dans les quartiers sensibles, au cours des études et de la formation aux métiers de la santé.

Traiter le risque professionnel

- Identifier les professionnels de santé qui courent le plus de risques.
- Répertoire les situations de violence prévisibles.
- Harmoniser les conditions de reconnaissance des accidents du travail et des arrêts de service consécutifs à un accident survenu au travail suite à des violences.
- Admettre le principe de l'imputabilité au service en cas d'accidents du travail survenus suite à des violences sur le lieu de travail.

- Envisager, s'agissant des professionnels libéraux - praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés, une modification du régime d'assurance maladie volontaire.
- Attirer l'attention des préfets sur le fonctionnement des commissions de réforme.

Rappeler et faire évoluer les droits

- Rappeler aux chefs d'établissement leurs obligations en matière disciplinaire.
- Aggraver les peines encourues en cas d'agression commise sur la personne d'un professionnel de santé.
- Demander à la Chancellerie d'inviter les parquets à porter une attention particulière aux plaintes déposées suite à une agression et à envisager des modalités de réparation.

Prendre en compte les répercussions psychiques de la violence, accompagner les victimes

- Inventorier les conséquences économiques et les régimes de réparation des dommages physiques et matériels subis suite à une agression.
- Rappeler aux administrations hospitalières les dispositifs de la protection judiciaire.
- Porter une attention particulière à la prise en charge et à l'accompagnement psychologique des professionnels victimes d'accident du travail ou de violence dans l'exercice de leur profession.
- Prendre conscience que les conséquences physiques et psychologiques des agressions subies sont souvent sous-estimées.
- Prendre en compte les conséquences psycho-pathologiques du traumatisme subi par la victime et par les tiers (malades, autres professionnels, etc.) impliqués par ces faits de violence.
- Faire mieux connaître les dispositifs spécifiques de prise en charge et de suivi psychologique existants.
- Aider et accueillir les professionnels de santé victimes d'agressions physiques et/ou psychiques.
- Favoriser la désignation et la disponibilité réelle d'interlocuteurs ou correspondants privilégiés des « professionnels à risques » dans les commissariats de police et les unités de gendarmerie.

Partenariat : une exigence à promouvoir, à soutenir et à encourager

- Rappeler que tout mode de fonctionnement qui fait intervenir plusieurs institutions et plusieurs professions d'exercices différents à la réalisation d'une même mission et/ou de missions complémentaires, requiert un effort de coordination.
- Pouvoir inscrire, dans une convention annexe au contrat de ville de type contrat local santé-ville, l'offre de santé sur un territoire inclus dans le périmètre d'un contrat de ville (à destination par exemple des quartiers sensibles), si les élus, les professionnels de santé et les associations locales en expriment la volonté.
- Améliorer l'exercice des professionnels de santé exerçant dans les quartiers sensibles et répondre aux besoins de santé des populations.
- Éviter que les professionnels de santé cessent d'exercer leur activité dans les quartiers sensibles.
- Faire bénéficier des mesures de défiscalisation (taxe professionnelle, taxe sur les sociétés et impôt sur le revenu, etc.) et d'exonération des charges patronales de sécurité sociale,

les professionnels de santé qui exercent ou créent des activités et leur donner la possibilité de réaliser des investissements pour sécuriser leurs lieux d'exercice.

- Améliorer les revenus des professionnels.
- Donner plus de cohérence aux dispositifs de santé.
- Recentrer, par exemple vers les quartiers sensibles, les dispositifs existants (PASS, ASV, etc.) et rendre plus cohérentes leurs mises en œuvre.
- Créer un contrat local santé-ville.

[...]

Il convient de souligner les synergies opérées entre le service central de médecine du travail - médecins, statisticiens, ingénieurs en hygiène et sécurité, psychologues -, les médecins du travail en établissement et les services juridiques, tous constituant une réelle ingénierie en matière de sécurité et de lutte contre la violence.

Des mesures de prévention passive

- **Des moyens humains :**
 - création de postes budgétaires au titre de la circulaire du 15 décembre 2001 (cf. supra) soit 104 équivalents temps plein en crédits reconductibles et 19 postes en crédits non reconductibles,
 - création d'équipes d'intervention pour faire face aux situations violentes, composées d'hommes de différents services de l'hôpital ; elles peuvent intervenir rapidement en renfort de la victime et de l'équipe de soins (à Poissy-Saint-Germain-en-Laye, au CH de Mulhouse) ou avoir une fonction dissuasive (aux CH et CHS d'Albi, au CHIC de Castres – Mazamet, etc.),
 - extension de l'encadrement de nuit (CHS de Chambéry, CH de Saint-Denis, etc.),
 - mise en place d'un poste d'infirmière d'accueil et d'orientation aux urgences (CH Bourgen Bresse, au CH de Mulhouse, etc.),
 - confortation de la fonction de sécurité par l'action de personnels spécialisés (création à Bordeaux d'un poste de conseiller pour la sécurité des personnes et des biens, chargé par le directeur général d'une mission transversale sur les établissements du CHU) ou renforcement de l'effectif des équipes de sécurité (à Aulnay-sous-Bois, Montreuil, Le Raincy-Montfermeil, Ville-Evrard, Marseille, etc.),
 - renforcement de l'équipe d'accueil et de surveillance par des agents en CEC (au CHU de Poitiers), en emplois-jeunes, qualifiés « agents d'accueil et de sécurité » (CHR d'Orléans et centre hospitalier de l'agglomération montargoise, etc.),
 - renforcement de l'effectif de personnel infirmier des services difficiles en particulier des unités accueillant les détenus (CH de Rouffach) ou en maternité (CH d'Argenteuil).
- **Des moyens organisationnels :**
 - en lien avec la politique de la ville, des établissements (CH de Saint-Denis, du Raincy-Montfermeil, d'Aulnay-sous-Bois en Seine-Saint-Denis, de Gonesse dans le Val-d'Oise, le CHU de Marseille, le CHS du Vinatier, etc.) ont inscrit leurs actions en lien avec les dispositifs de la politique de la ville : contrat de ville et contrat local de sécurité (CLS),
 - création d'une cellule de veille concernant les situations de violence (CHS de Saint-Egrève à Grenoble) ou d'un observatoire des violences (HCL à Lyon),

- contrôle des accès, accès sélectifs aux locaux, etc.,
 - meilleur repérage et connaissance du phénomène avec déclaration de tous les cas inscrits sur registre tenu dans chaque service (CHU de Saint-Étienne, CHU et CHS à Limoges, etc.),
 - tenue de registres permettant de recenser les agressions, menaces et violences et/ou de fiches de signalement ou d'événements indésirables (CHU Nice, CH Cannes, hôpital Charles-Perrens à Bordeaux, CHS Henri-Laborit à Poitiers, etc.),
 - fiches de signalement d'événements indésirables (HCL, AP-HP, AP-HM, Nice, etc.),
 - rapprochement avec la police : protocoles d'intervention, réunions d'information du personnel, organisation de journées thématiques (CH Argenteuil), protocoles de recueil des plaintes au commissariat (AP-HP, AP-HM, Strasbourg, Nice, etc.) et protocoles avec le parquet,
 - des mesures d'investissements : installations de télésurveillance, vidéo-surveillance, appels de détresse (CH Versailles, etc.),
 - mise aux normes des chambres d'isolement et des moyens de contention (CHS de la Savoie à Chambéry, CHS Edouard Toulouse à Marseille, etc.),
 - dispositifs d'alarme pour travailleur isolé, pose de barrières d'ouverture, de clôtures, appareils de protection du travailleur isolé, etc.
- **Des mesures administratives :**
 - modification du règlement intérieur traitant du comportement des hospitalisés (lorsqu'un malade dûment averti cause des désordres persistants, le directeur avec l'accord du médecin responsable du malade, prend toutes les mesures appropriées pouvant aller jusqu'à l'exclusion de l'intéressé),
 - mise en place de guides d'aide aux victimes à l'intention des personnels.

Des mesures de prévention active

Ces mesures consistent à préparer les personnels et l'encadrement à l'apparition de situations de violence afin de les prévenir et lorsque de telles situations se produisent d'y faire face et de limiter leur impact sur la victime, le personnel et les malades hospitalisés ou consultants. Par son importance, la formation du personnel constitue l'une des principales mesures prises par les établissements dans le plan de lutte contre la violence et l'insécurité.

Deux données chiffrées montrent l'importance qu'elle revêt dans la prévention des situations de violence :

- le bilan établi par le principal collecteur de fonds de formation continue des établissements hospitaliers publics, l'association pour la formation professionnelle des agents hospitaliers (ANFH), bien que n'incluant qu'une partie des actions conduites, est significatif des moyens consacrés aux actions de sensibilisation et de formation des personnels : en 2000, 2 661 agents hospitaliers ont participé à des actions ciblées sur violence-agressivité, soit 58 184 heures de formation,
- le montant des crédits pérennes et de ceux non-reconductibles, engagés au titre du plan d'action prévention de la violence et accompagnement des victimes, s'élève à 39 688 399 de francs.⁴⁹

⁴⁹ Soit un peu plus de 6 millions d'euros.

Des dispositifs d'accompagnement et de suivi des victimes

En raison des graves répercussions psychologiques qu'ont les accidents et les agressions sur les victimes et le personnel, les établissements ont pris des mesures importantes, établi des protocoles de prise en charge des victimes et identifié les différents acteurs susceptibles d'intervenir.

Cette prise en charge est d'abord médicale et psychologique. Le plus souvent dans les situations rencontrées, elle est assurée par l'équipe médicale du service ou par celle appartenant à la cellule médico-psychologique. L'agent victime d'une agression a le choix de se référer à son médecin. De nombreux établissements organisent des séances de debriefing avec ou sans la participation de personnes extérieures au collectif de travail, par exemple psychologues, psychiatres, médecins du travail.

Ensuite l'agent victime d'une violence caractérisée d'infraction est accompagné dans ses démarches administratives (dépôt de plainte, etc.).

Parmi les mesures prises par les établissements, on notera :

- la mise en place de dispositifs de prise en charge des professionnels victimes d'agression et/ou de violences, cellule de soutien psychologique permettant aux victimes de bénéficier d'une aide médico-psychologique en vue de limiter les conséquences post traumatiques, cellule de victimologie (CHU de Grenoble, entre le CHU et le CHS Henri Laborit à Poitiers, au CHU de Saint-Étienne, de Marseille, de Lyon, de Nantes et Nice, etc.),
- la mise en place d'un débriefing immédiat avec l'encadrement (cadres infirmiers et médecins) avec l'aide d'un psychologue ou d'un psychiatre (particulièrement dans les services d'urgence et en psychiatrie),
- la création d'un poste de psychologue du travail (CH de Bourg en Bresse, CH d'Angoulême, CHS de Rouffach) et mise en place d'une structure d'accueil et de médiation,
- l'aide dans les démarches administratives des victimes (signalement d'un fait sans poursuite pénale sur la main courante des commissariats, dépôt de plainte) ; certains hôpitaux (Argenteuil, Nice, etc.) ont obtenu que la victime soit domiciliée dans l'établissement ; d'autres établissements dans le cas de crimes ou de délits portent plainte avec constitution de partie civile ; d'autres ont établi des protocoles à des démarches à suivre (Strasbourg, Marseille, etc.),
- le CHU de Bordeaux, le CH d'Argenteuil étendent la protection des agents hospitaliers contre les violences, les voies de fait, les injures, les diffamations et les outrages dont ils peuvent être victimes à l'occasion de leurs fonctions et réparent les préjudices matériels subis, aide juridictionnelle lorsqu'un agent porte plainte avec constitution de partie civile, et le CHU de Nîmes a développé une démarche visant à assurer la protection juridique des agents (dépôt de plainte immédiat devant un OPJ, dépôt de plainte avec constitution de partie civile au titre des troubles causés, en cas de classement sans suite, dépôt de plainte auprès du doyen des juges d'instruction avec constitution de partie civile, suivi de la procédure en cours, après le jugement demande systématique au greffe du jugement pour en obtenir l'exécution forcée, etc.),

- un inventaire non-exhaustif des mesures correctives mises en place pour prévenir les violences, atténuer le sentiment d'insécurité des professionnels et des patients - malades et consultants - et accompagner les victimes,
- les établissements de santé ont orienté leurs actions de prévention et d'accompagnement des situations de violence et de lutte anti-malveillance sur la prévention, autour de quatre axes, ce qui n'exclut pas l'application des mesures disciplinaires que doit prendre le chef d'établissement dans certaines circonstances, à l'égard des malades hospitalisés ou des consultants ou des visiteurs :
 - l'élément humain (formation, renfort d'effectifs, professionnalisation des métiers de sécurité, etc.) prime sur l'élément matériel,
 - l'architecture des établissements doit intégrer les préoccupations de sécurité, à ce titre l'exemple de l'hôpital de Mantes-la-Jolie doit être rapporté,
 - les équipes de sécurité, de surveillance et la présence de la police ont un rôle dissuasif et donnent un sentiment de sécurité aux personnels,
 - la lutte contre l'insécurité et la violence nécessite des compétences et le recours à une ingénierie existante (cf. supra).

[...]

Les facteurs favorisant cette violence

Sont repérés par les professionnels comme étant les facteurs favorisant cette violence les situations et éléments suivants :

- agencement et architecture : conditions matérielles de l'accueil (coexistence de personnes dont les motifs de venue sont différents : urgence « réelle » ou ressentie, consultation sans rendez-vous, problèmes sociaux, etc.), absence de circuits autorisant la séparation des malades à raison de la gravité de leur état de santé (flux) ou de leurs besoins sanitaires et sociaux et exigüité des locaux,
- délais d'attente et manque d'information : attente prolongée (parfois plusieurs heures), manque d'information sur les causes de l'attente, attente liée à la surcharge de travail du personnel soignant et médical, délais dus aux avis médicaux (avis de spécialistes) et aux investigations para-cliniques dont celle de radiologie, et en aval, manque de lits en médecine,
- prise en charge des populations : en raison du risque sanitaire : les situations à risque (psychiatrie, éthylisme, toxicomanie, etc..) même clairement identifiées ne sont pas toujours prises en considération ; en raison d'aspect culturel des soins : l'insuffisante prise en charge des situations individuelles (non francophones, personnes âgées ou très âgées, SDF, etc.), relations difficiles avec les familles accompagnant les enfants, ou les hommes accompagnant leur femme, etc. ; en raison des risques liés à la délinquance : agressivité croissante de la population des 15-25 ans (particulièrement sensible en secteur traumatologique),
- importance de la qualification et de la formation des personnels affectés aux urgences : affectation d'un personnel soignant dont des infirmiers ayant une expérience de la psychiatrie et d'un personnel médical en nombre suffisant y compris la nuit, constitution d'un collectif de travail au sein duquel des postes essentiels comme ceux d'orientation et de tri doivent être l'objet d'une plus grande attention.

Annexe 7 : Principaux extraits de la directive générale du Bureau international du travail (BIT) sur la violence au travail dans le secteur de la santé – 2002⁵⁰

La violence au travail affecte pratiquement tous les secteurs et toutes les catégories de travailleurs, mais elle menace particulièrement le secteur de la santé. La violence dans ce secteur peut représenter près du quart de l'ensemble des actes de violence au travail. (*Nordin, H. 1995*)

Sous le poids des réformes, des pressions et des tensions professionnelles croissantes, de l'instabilité sociale et de la détérioration des relations interpersonnelles, la violence au travail s'étend rapidement dans le secteur de la santé. La violence familiale et la violence des rues atteignent de plus en plus les établissements de santé. Des études récentes confirment que la violence au travail dans le secteur de la santé est universelle, malgré des différences locales, et qu'elle touche également les hommes et les femmes, certains pouvant être plus exposés que d'autres. Au total, elle pourrait concerner plus de la moitié des agents de santé. (*Di Martino, V, 2002, à paraître*)

Cette généralisation de la violence altère gravement la prestation des services de soins de santé, la qualité des soins dispensés pouvant s'en ressentir et les agents de santé pouvant être amenés à décider d'abandonner les professions de santé. Il peut en résulter une réduction des services à la disposition de la population générale et une hausse des coûts de la santé. Dans les pays en développement, en particulier, l'égalité d'accès aux soins de santé primaires sera menacée si les agents de santé, déjà en nombre insuffisant, abandonnent leur profession parce qu'ils redoutent la violence.

Des études fiables ont estimé que les tensions et la violence pourraient être conjointement responsables de quelque 30% de l'ensemble des dépenses liées aux maladies et aux accidents. Sur la base de ces chiffres, les tensions/la violence correspondraient à environ 0,5 – 3,5% du PIB annuel (*Hoel, H. ; Sparks, K. ; Cooper, C., 2000*).

⁵⁰ http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/en/workplace_violence.fr.pdf

2. DROITS FONDAMENTAUX ET RESPONSABILITÉS

2.1 GOUVERNEMENTS

Les gouvernements et leurs autorités compétentes doivent fournir les structures nécessaires pour réduire et éliminer cette violence, et notamment :

- inscrire la réduction/l'élimination de la violence au travail dans le secteur de la santé au nombre des principaux éléments des politiques et plans nationaux/régionaux/locaux sur la santé et la sécurité des travailleurs, la protection des droits de la personne humaine, la pérennité économique, le développement des entreprises et l'égalité des sexes
- promouvoir la participation de toutes les parties concernées par ces politiques et ces plans
- réviser le droit du travail et d'autres textes législatifs et adopter des dispositions spéciales, le cas échéant
- veiller à l'application de ces dispositions législatives
- encourager l'inclusion de dispositions visant à réduire et éliminer la violence au travail dans les accords conclus aux niveaux national, sectoriel et sur les lieux de travail/dans les entreprises
- encourager l'élaboration de politiques et de plans sur les lieux de travail pour combattre la violence au travail
- organiser des campagnes de sensibilisation sur les risques de violence au travail
- exiger la collecte d'informations et de données statistiques sur la propagation, les causes et les conséquences de la violence au travail
- coordonner les efforts des diverses parties concernées

2.2 EMPLOYEURS

Les employeurs et leurs organisations doivent fournir et promouvoir des lieux de travail exempts de violence, et notamment :

- reconnaître qu'il leur incombe d'assurer la santé, la sécurité et le bien-être des travailleurs, et d'éliminer les risques prévisibles de violence au travail, dans le respect de la législation et des pratiques nationales
- inculquer le rejet de la violence dans leurs organisations
- évaluer systématiquement l'incidence de la violence au travail et les facteurs qui favorisent ou génèrent la violence au travail
- élaborer des politiques et des plans sur les lieux de travail pour combattre la violence au travail et établir les mécanismes de suivi nécessaires et un éventail de sanctions

- consulter les représentants des travailleurs au sujet de l'élaboration de ces politiques et de ces plans et des modalités de leur mise en œuvre
- adopter toutes les mesures et procédures de prévention et de protection nécessaires pour réduire et éliminer les risques de violence au travail
- charger les administrateurs à tous les niveaux de l'application des politiques et des procédures relatives à la violence au travail
- fournir les informations, les instructions et la formation adéquates au sujet de la violence au travail
- fournir une aide à court, moyen et long terme à toutes les personnes affectées par la violence au travail, y compris une assistance juridique, le cas échéant
- accorder une attention particulière aux risques spécifiques qui menacent certaines catégories d'agents de soins de santé et aux risques qui existent dans certains milieux professionnels du secteur de la santé
- s'efforcer de faire inclure des dispositions visant à réduire et éliminer la violence au travail dans les accords conclus aux niveaux national et sectoriel et sur les lieux de travail/dans les entreprises
- promouvoir activement la sensibilisation aux risques et aux effets destructeurs de la violence au travail
- instaurer des systèmes de déclaration adéquats
- mettre en place des mécanismes pour la collecte de données et d'informations dans le domaine de la violence au travail

2.3 TRAVAILLEURS

Les travailleurs doivent faire tout leur possible pour réduire et éliminer les risques liés à la violence au travail, et notamment :

- appliquer les politiques et les procédures en vigueur sur le lieu de travail
- coopérer avec l'employeur pour réduire et éliminer les risques de violence au travail
- suivre les programmes d'éducation et de formation sur cette question
- signaler les incidents, même mineurs
- contribuer activement à promouvoir la sensibilisation aux risques, aux effets et aux sanctions liés à la violence au travail
- chercher à obtenir des avis et des conseils dans les situations pouvant conduire à des actes de violence au travail

2.4 CORPS PROFESSIONNELS

Les syndicats et les conseils et associations professionnels doivent créer des initiatives et des mécanismes propres à réduire et éliminer les risques liés à la violence au travail, et y participer et y contribuer, et notamment :

- promouvoir la formation des personnels de soins de santé concernant les risques de violence au travail et les mécanismes propres à prévenir, recenser et combattre cette violence

- développer les procédures de collecte de données pour les incidents violents qui surviennent dans le secteur de la santé et promouvoir la collecte de ces données
- inclure dans leurs codes de pratique et leurs codes d'éthique des clauses concernant le caractère inadmissible de tout incident violent au travail
- promouvoir l'inclusion de mesures obligatoires destinées à prévenir la violence au travail dans les procédures d'accréditation des établissements et services de santé
- s'efforcer de faire inclure des dispositions visant à réduire et éliminer la violence au travail dans les accords conclus aux niveaux national et sectoriel et sur les lieux de travail/dans les entreprises
- encourager l'élaboration de politiques et de plans sur les lieux de travail pour combattre la violence au travail
- contribuer activement à promouvoir la sensibilisation aux risques de violence au travail
- apporter un soutien aux victimes de la violence au travail, y compris une aide juridique, le cas échéant

2.5 COMMUNAUTÉ ÉLARGIE

Les médias, les instituts de recherche et les établissements d'enseignement, les spécialistes de la violence au travail, les groupes de sensibilisation des usagers/malades, la police et d'autres professionnels de la justice pénale, les ONG actives dans les domaines de la violence au travail, de la santé et de la sécurité, des droits de la personne humaine et de la promotion des femmes, doivent apporter un soutien actif et participer aux initiatives visant à combattre la violence au travail, et notamment :

- participer à la création d'un réseau d'information et de compétences dans ce domaine
- aider à promouvoir la sensibilisation aux risques de violence au travail
- participer à l'élaboration de politiques et de plans coordonnés visant à combattre la violence au travail
- participer à la formation et à l'éducation continues, le cas échéant
- aider à mettre en place des structures de soutien pour prévenir la violence au travail et prendre en charge les incidents ainsi que leurs retombées

Pratiques professionnelles

Un moyen très efficace de désamorcer à peu de frais la violence au travail consiste à modifier et améliorer les pratiques professionnelles. Chaque situation professionnelle étant particulière, un ensemble de mesures différentes s'appliquera à chaque cas.

- on adaptera le flux des patients et l'horaire des rendez-vous en fonction des besoins et des ressources
- on évitera l'affluence
- on réduira l'attente au maximum
- on accordera une marge aux travailleurs pour que les règles et les politiques n'apparaissent pas aux malades comme des contraintes insupportables
- les agents qui effectuent des visites à domicile prendront les rendez-vous par téléphone ou par courrier chaque fois que possible ; prévoir les visites dans les zones problématiques à certaines heures de la journée, par exemple le matin lorsque la consommation de drogue et d'alcool est en principe au niveau minimum
- les travailleurs nocturnes, en particulier les femmes et ceux qui se rendent d'un bâtiment à un autre ou travaillent dans une zone isolée d'un bâtiment, travailleront si possible en groupe ou à proximité les uns des autres
- on assurera si possible le transport des travailleurs nocturnes

Environnement physique

Les caractéristiques physiques d'un lieu de travail contribuent de façon déterminante à désamorcer ou éventuellement déclencher la violence. On accordera donc une importance particulière au niveau d'exposition et à la manière dont les travailleurs, les malades et les visiteurs sont exposés à ces facteurs et à l'adoption de solutions adéquates, conformes aux lois et aux pratiques existantes, pour réduire ou éliminer tout effet négatif. Plus particulièrement :

- on réduira au maximum les niveaux sonores pour éviter l'irritation et la tension parmi les travailleurs, les visiteurs et les malades
- les couleurs utilisées seront reposantes et attrayantes
- les odeurs nauséabondes seront éliminées
- on assurera une bonne luminosité pour améliorer la visibilité dans toutes les zones, en particulier les accès, les parkings et les zones de stockage, spécialement la nuit
- on prendra des mesures pour assurer une température/hygrométrie/aération adéquates en particulier dans les zones bondées et dans les climats chauds
- on veillera au bon entretien de toutes les structures et installations physiques

Accès

- la sécurité de l'accès au lieu de travail doit être assurée pour ceux qui arrivent et ceux qui partent
- on réduira au minimum les zones d'accès publiques aux établissements de soins de santé
- des services de sécurité devront être placés à l'entrée principale, près du passage qu'empruntent les visiteurs et des services des urgences
- on envisagera avec beaucoup de précaution la recherche d'armes et on effectuera des contrôles, si besoin est, dans le respect des lois et pratiques locales, le but prioritaire étant d'éviter tout risque superflu
- la réception doit être facilement reconnaissable par les malades/visiteurs, facilement accessible et visible pour les autres membres du personnel
- l'accès du public au principal établissement de soins de santé doit être réglementé conformément à des protocoles convenus
- l'accès aux salles du personnel (vestiaires, salle de repos) doit être réservé au personnel de l'établissement
- les aires de parking du personnel doivent être situées à proximité du lieu de travail

Espace

- l'espace entre les visiteurs et les malades doit être suffisant pour réduire les interférences personnelles et la création de tensions
- l'espace de travail doit être suffisant pour faciliter la prestation des services
- un espace de détente suffisant doit être prévu pour le personnel de soins de santé
- des aires de réception spacieuses et tranquilles, avec suffisamment d'espace pour le personnel, doivent être prévues
- des barrières de protection doivent être utilisées pour les travailleurs particulièrement exposés, et pour séparer les malades dangereux des autres malades et du public

Zones d'attente

- des sièges confortables devront être prévus, en particulier pour les attentes prolongées
- pour éviter l'ennui, on proposera des activités (par exemple, de la lecture, un poste de télévision, des jouets pour les enfants)

Aménagements

- le mobilier devra être disposé de façon à ce que le personnel ne se sente pas pris au piège
- dans les salles réservées aux entretiens et les zones où sont administrés les traitements de crise, le mobilier devra être réduit au minimum, léger, sans arêtes ni angles vifs et, le cas échéant, être fixé au sol

Locaux

- les salles de soins devront avoir deux portes de sortie ou, à défaut, être disposées de façon à permettre d'en sortir facilement
- les salles de soins des urgences doivent être séparées des zones publiques
- on étudiera attentivement la possibilité de réserver une salle pour les malades caractériels, les malades ivres, les bandes rivales et les cas analogues, compte tenu cependant du fait que, dans certaines circonstances, le recours à ce moyen peut être perçu comme discriminatoire et, par conséquent, exacerber encore la situation
- les toilettes, les zones de restauration et les téléphones publics devront être signalés par des panneaux, facilement accessibles et convenablement entretenus
- les zones non fumeurs et fumeurs devront être clairement reconnaissables
- l'intimité devra être respectée autant que possible

Systèmes d'alarme et caméras de surveillance

- des caméras de surveillance seront installées dans les zones potentiellement dangereuses
- des systèmes d'alarme — téléphone, alphapage, radio à ondes courtes — devront être fournis aux travailleurs là où les risques sont apparents ou prévisibles pour qu'ils puissent prévenir des collègues en cas de problème
- il est conseillé d'utiliser des systèmes silencieux pour éviter la réaction de l'agresseur. En l'absence de système silencieux, la victime évitera d'utiliser les systèmes existants avant le départ de l'agresseur pour éviter qu'il se retourne contre elle
- un système d'intervention fiable en cas de déclenchement d'une alarme devra être prévu
- le type de système d'alarme dépendra de l'évaluation des risques pour la zone particulière.

Annexe 8 : Fiches réflexes et Fiche points clés d'une politique de sécurité ONVS/FHF/MACSF

Les fiches réflexes ONVS/FHF/MACSF sont accompagnées d'une documentation traitant notamment de l'assistance de l'administration pour le dépôt de plainte – La protection fonctionnelle des agents publics et un exemple de rapport circonstancié - et de l'articulation entre le secret professionnel et l'article 40 du code de procédure pénale.

Elles sont téléchargeables dans leur totalité sur le site de l'ONVS : [Fiches réflexes ONVS](#)



La violence en établissement de santé ou médico-social

J'encadre un personnel victime

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

De quelle violence parle-t-on ?

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

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

L'infraction peut être :

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

Le préjudice peut être :

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

Quelle prise en charge pour la victime ?

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

Clinique

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

Psychologique et sociale

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

Administrative

La prise en charge s'effectue en plusieurs étapes :

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

Juridique

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

Fiche réflexe 1 > J'encadre un personnel victime

Quelles procédures à mettre en œuvre ?

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

En cas de procédure judiciaire à mettre en œuvre

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

En interne

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

En externe

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

Un cadre juridique à vos côtés

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

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

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

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

Quelles suites ?

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

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



La violence en établissement de santé ou médico-social

J'assiste un patient victime



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

Quelle prise en charge pour la victime ?

De quelle violence parle-t-on ?

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

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

L'infraction peut être :

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

Le préjudice peut être :

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

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

Clinique

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

Psychologique et sociale

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

Administrative

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

Juridique

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

Fiche réflexe 2 > Je fais face à un patient victime

Quelles procédures à mettre en œuvre ?

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

En cas de procédure judiciaire à mettre en œuvre

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

En interne

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

En externe

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

Un cadre juridique à vos côtés

Loi du 4 mars 2002
Charte du patient hospitalisé

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

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

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

Quelles suites ?

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

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

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

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



La violence en établissement de santé ou médico-social

Je suis un personnel victime



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

Quelle prise en charge pour la victime ?

De quelle violence parle-t-on ?

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

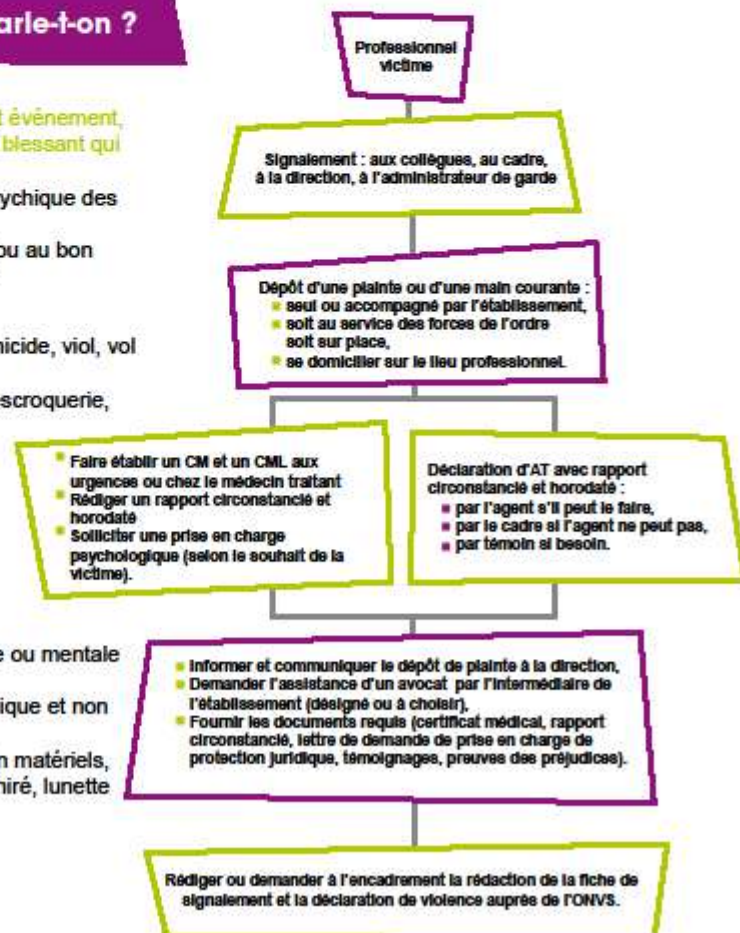
- à l'intégrité physique et/ou psychique des personnels,
- aux biens des personnels et/ou au bon fonctionnement des services.

L'infraction peut être :

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

Le préjudice peut être :

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



Fiche réflexe 3 > Je suis un personnel victime

Quelles suites ?

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

L'agent victime doit systématiquement :

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

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

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

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

Un cadre juridique à vos côtés

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

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

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

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

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

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

Mes notes :

Maquette DOSS / COM - Crédit photo : Theissout - janvier 2012



Direction générale de l'offre de soins



Avec la participation de

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

Fiche réflexe 3 > Je suis un personnel victime

La violence en établissement de santé ou médico-social

Je suis un patient victime



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

De quelle violence parle-t-on ?

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

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

L'infraction peut être :

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

Le préjudice peut être :

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

Un cadre juridique à vos côtés

Loi du 4 mars 2002
Charte du patient hospitalisé

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

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

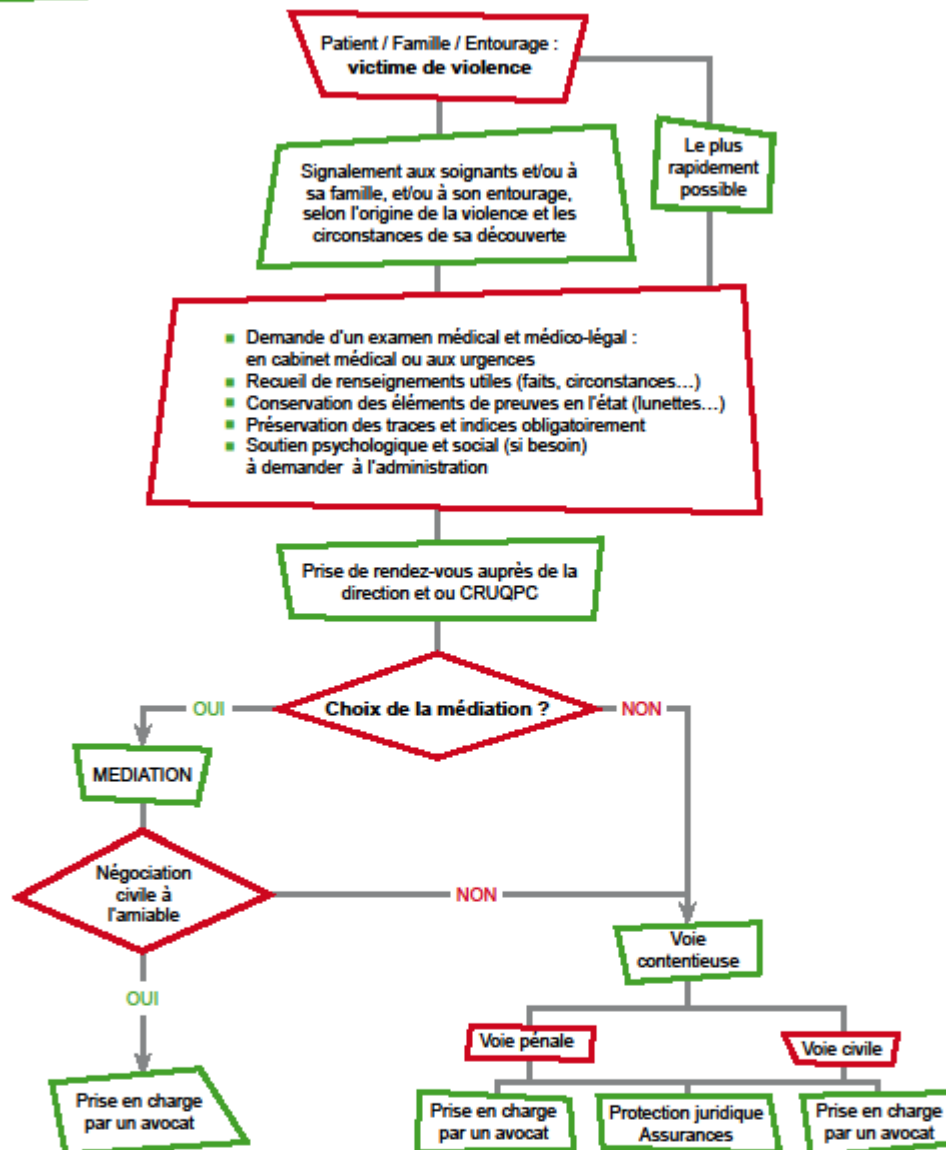
Code de procédure pénale
Articles 40-4 et 53-1

L'article 40-4 a été créé par la loi n°2004-204 du 9 mars 2004. Lorsque la victime souhaite se constituer partie civile et demande la désignation d'un avocat après avoir été informée de ce droit en application du 3° des articles 53-1 et 76, le procureur de la République, avisé par l'officier ou l'agent de police judiciaire, en informe sans délai le bâtonnier de l'ordre des avocats, s'il décide de mettre l'action publique en mouvement. Dans le cas contraire, il indique à la victime, en l'avisant du classement de sa plainte, qu'elle peut directement adresser sa demande de désignation auprès du bâtonnier si elle maintient son intention d'obtenir la réparation de son préjudice.

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

Fiche réflexe 4 > je suis un patient victime

Quelles démarches pour la victime ?



Maquette ODDG / COM - Crédits photo : Thebaud - janvier 2012



Direction générale de l'offre de soins



Avec la participation de



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

Fiche réflexe 4 > Je suis un patient victime

Annexe 6

La conciliation entre le secret professionnel et l'article 40 du CPP (obligation de signalement de certains faits auprès de l'autorité judiciaire)

Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi.

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

Art. L.1110-4 du CSP: « Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des information la concernant.

Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes ou toute autre personne en relation de par ses activités avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé ainsi qu'à tout les professionnels intervenant dans le système de santé ».

Le code pénal punit l'atteinte à cette obligation :

Article 226-13 : «La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire, soit par état, ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende. »

Dès lors se pose la question, pour les professionnels de santé, de la conciliation entre cette règle avec celle de l'article 40 du CPP : Le procureur de la République reçoit les plaintes et les dénonciations et apprécie la suite à leur donner conformément aux dispositions de [l'article 40-1](#). Toute autorité constituée, tout officier public ou fonctionnaire qui, dans l'exercice de ses fonctions, acquiert la connaissance d'un crime ou d'un délit est tenu d'en donner avis sans délai au procureur de la République et de transmettre à ce magistrat tous les renseignements, procès-verbaux et actes qui y sont relatifs ».

La réponse est donnée à l'article 226-14: «L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable:

1*) A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles dont il a eu connaissance et qui ont été infligés à un mineur ou à une personne qui

n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique.

2° Au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire.

3° Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.

Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire ».


Il existe donc des **dérogations légales** imposées aux professionnels de santé, lesquelles peuvent être **soient obligatoires, soit facultatives**.

Le tableau ci-après synthétise les différentes situations :

DÉROGATIONS AU SECRET PROFESSIONNEL

DÉROGATIONS LEGALES		JURISPRUDENCE
Déclarations obligatoires	Permissions de la loi	
<ul style="list-style-type: none"> • Naissance • décès • Maladies contagieuses • Maladies vénériennes • Internement : hospitalisation sur demande d'un tiers, hospitalisation d'office • Alcooliques présumés dangereux • Incapables majeurs • Accident du travail et maladies professionnelles • Pension militaire d'invalidité • Pension civile et militaire de retraite • Indemnisation de personnes contaminées par le VIH 	<ul style="list-style-type: none"> • Mauvais traitements infligés à un mineur de 15 ans ou à une personne incapable de se protéger * • Sévices permettant de présumer de violences sexuelles • Recherches dans le domaine de la santé • Évaluation d'activité dans les établissements de santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Rente viagère • Testament • Assurance-vie • Réquisition • Expertise

* L'article 226-14 du CP autorise la révélation du secret aux autorités légales. Il ne s'agit donc pas d'une obligation, d'autant que l'article 434-3 du code pénal, qui impose la dénonciation de mauvais traitements subis par des mineurs de quinze ans ou des personnes vulnérables, exclut expressément



les professionnels soumis au secret professionnel. Le professionnel de santé, face à ces situations, se retrouve confronté entre la nécessité de ne pas signaler à la légère des faits pour lesquels il n'aurait que des présomptions ou des doutes, et l'obligation de tout mettre en œuvre pour protéger la victime supposée, sous peine d'être poursuivi pour non assistance à personne en danger (art.223-6 du CP). Ainsi si la vie ou l'intégrité physique d'un mineur ou d'une personne vulnérable sont menacées, le professionnel ne peut rester passif sans encourir les peines prévues (l'intervention peut être un signalement, une hospitalisation, tout moyen approprié pour soustraire la victime aux sévices). Les signalements sont adressés au procureur de la République ou aux autorités administratives selon les situations.

ONVH-2011



Annexe 9 : Principaux textes de référence

- Circulaire DHOS/P1/2000/609 du 15 décembre 2000 relative à la prévention et à l'accompagnement des situations de violence définissait les grands axes d'une politique de prévention des situations de violence
- Circulaire DHOS/P1/2005/327 du 11 juillet 2005 instaure une remontée systématique des informations relatives aux faits de violence des établissements vers les agences régionales de l'hospitalisation et de ces dernières vers la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
- Circulaires DGOS annuelles traitant des formations prioritaires
- Instruction N° DGOS/RH3/DGCS/4B/2014/321 du 20 novembre 2014 relative à la mise en œuvre dans la fonction publique hospitalière de l'accord-cadre du 22 octobre 2013 relatif à la prévention des risques psychosociaux dans les trois fonctions publiques
- Protocole national du 12 août 2005 relatif à la sécurité des établissements et professionnels de santé
- Protocole national du 10 juin 2010 relatif à la sécurité des établissements et professionnels de santé
- Protocoles nationaux du 20 avril 2011 relatif à la sécurité des établissements et professionnels de santé
- Directive générale du BIT de 2002 relative à la violence en secteur de santé
- Rapports annuels de l'ONVS
- L'article 11 de la loi n° 95-73 du 21 janvier 1995 également codifié aux articles L114-1 à L114-4 du code de l'urbanisme.
- Les articles R114-1 à R114-3 du code de l'urbanisme (qui regroupent les dispositions des anciens décrets n° 2007-1177 du 3 août 2007 et n° 2011-324 du 24 mars 2011).
- Circulaire interministérielle (écologie, intérieur, logement) NOR INT K0700103C du 1^{er} octobre 2007 relative aux enquêtes de sûreté et de sécurité publique (ESSP), en application de l'article L. 111-3-1 du code de l'urbanisme, dans le cadre des études préalables à la réalisation des projets d'aménagement, des équipements collectifs et des programmes de construction, qui, par leur importance, leur localisation ou leurs caractéristiques propres peuvent avoir des incidences sur la protection des personnes et des biens contre les menaces et les agressions.
- Circulaire interministérielle DAP/DHOS/DGPN/DGGN du 13 mars 2006 relative à l'aménagement ou à la création de chambres sécurisées dans les établissements publics de santé.
- Brochure Vigipirate décembre 2016, Faire face ensemble
- Plan de sécurisation d'établissement (PSE) instruction n° SG/HFDS/2016/340 16 nov 2016
- Guide victime du ministère de la justice
- Guide traitant des moments de violence en psychiatrie
- Guide pratique pour la sécurité des professionnels de santé
- Fiches réflexes ONVS/FHF/MACSF consultables sur le site Internet de l'ONVS
- Fiche points clefs d'une politique de sécurité en établissement de soins ONVS/FHF/MACSF

Annexe 10 : Liens utiles

Prévenir et réagir face à la violence : guides, fiches, protection pénale

- [Observatoire national des violences en milieu de santé – ONVS - DGOS](#)
- [Fiches réflexes sur la conduite à tenir dans les situations de violence en établissements publics, sanitaire et médico-social - ONVS/FHF/MACSF](#)
- [Fiche points clés d'une politique de sécurité en établissement de soins - ONVS/FHF/MACSF](#)
- [Guide pratique pour la sécurité des professionnels de santé - ministère de l'intérieur - 2011](#)
- [Guide de prévention et de traitement des situations de violences dans la fonction publique - DGAFP](#)
- [Guide de la laïcité et de la gestion du fait religieux dans les établissements publics de santé \(rappel du principe de laïcité et de son application, exemples cités\)](#)
- [Aide aux victimes - ministère de la justice](#)
- [Guide victime - ministère de la justice](#)
- [La médiation pénale - ministère de la justice.pdf](#)
- [Article 433-3 du code pénal - menaces contre les professionnels de santé et leur famille](#)
- [Article 222-12 4° bis, 4° ter du code pénal - violences avec ITT > 8 jours contre les professionnels de santé et leur famille](#)
- [Article 222-13 4° bis et 4° ter du code pénal - violences avec ou sans ITT < 8 jours contre les professionnels de santé et leur famille](#)
- [Certificat médical initial - ITT - Bonnes pratiques - personne victime de violences - 2011 - HAS](#)

Protocoles et conventions « santé-sécurité-justice » (en ligne sur le site de l'ONVS)

- [Protocole Santé-Sécurité du 12 août 2005](#)
- [Protocole Santé-Sécurité-Justice du 10 juin 2010 des établissements de santé](#)
- [Protocole Santé-Sécurité-Justice des professions libérales de santé du 20 avril 2011](#)
- [Modèle convention « Santé-Sécurité-Justice » CHU Montpellier](#)

Étude de sûreté et de sécurité publique (ESSP) / référents sûreté, audits, conseils

- [Art L.114-1 à L.114-4 du code de l'urbanisme](#)
- [Art R.114-1 à R.114-3 du code de l'urbanisme \(qui regroupent les dispositions des anciens décrets n°2007-1177 du 3 août 2007 et n° 2011-324 du 24 mars 2011\)](#)
- [Circulaire interministérielle 2007 sur les ESSP](#)
- [Référents-sûreté intérieur](#)
- [Référents-sûreté - police nationale](#)
- [Référents-sûreté](#)

Le métier de la sécurité et la réglementation

- [Sécurité incendie, sécurité des personnes et des biens - Répertoire métiers FPH](#)
- [Encadrant de prévention et de sécurité des personnes et des biens - Répertoire métiers FPH](#)
- [Agent de prévention et de sécurité des personnes et des biens - Répertoire métiers FPH](#)

- [Réglementation des activités privées de sécurité - Conseil national des activités privées de sécurité - CNAPS](#)
- [Annuaire délégations territoriales - CNAPS](#)
- [Circulaire 12 août 2015 - sécurité privée - sécurité incendie par des agents doublements qualifiés - ministère de l'intérieur](#)

La protection : « biens, information, personnes »

- [Grille ARR-VEXT, outil d'autodiagnostic - incivilités et agressions au travail - CGSS Martinique](#)
- [Santé, sécurité au travail - démarche de prévention des risques \(personnes, lieux\) - INRS](#)
- [Mon hôpital numérique - ANAP](#)
- [EBIOS - expression des besoins et identification des objectifs de sécurité informatique - ANSSI](#)
- [Centre gouvernemental de veille, d'alerte et de réponse aux attaques informatiques \(CERT-FR\) - Documentation informatique en ligne - ANSSI](#)
- [Norme ISO 31000 management du risque](#)
- [Vidéoprotection \(guide méthodologique - télé-procédure, FAQ\) - ministère de l'intérieur](#)
- [Circulaire 12-03-2009 Vidéoprotection - Documentation Les questions juridiques - Conditions de déploiement des systèmes de vidéoprotection - ministère de l'intérieur](#)
- [Circulaire 14-09-2011 Cadre juridique applicable à l'installation de caméras de vidéoprotection sur la voie publique et dans des lieux ou établissements ouverts au public, d'une part, et dans des lieux non ouverts au public, d'autre part - premier ministre](#)
- [Circulaire 16-01-2017- vidéo-protection - fonds interministériel de prévention de la délinquance \(FIPD\) - Centre interministériel de prévention de la délinquance et de la radicalisation - CIPDR](#)
- [Professionnels, sécurité, se poser les bonnes questions, site Cesplussur - préfecture de police](#)

Les sites internet des ordres professionnels de santé

- [Ordre national des chirurgiens-dentistes](#)
- [Ordre national des infirmiers](#)
- [Ordre national des masseurs-kinésithérapeutes](#)
- [Ordre national des médecins](#)
- [Ordre national des pédicures-podologues](#)
- [Ordre national des pharmaciens](#)
- [Ordre national des sages-femmes](#)
- [Circulaire rapports parquets ordres prof santé 2013-09-24 - ministère de la justice](#)

La menace terroriste

- [Brochure Vigipirate 2016 - Faire face ensemble - SGDSN \(partie publique\)](#)
- [Plan de sécurisation des établissements de santé \(PSE\) - SG/HFDS/2016/340 16 novembre 2016](#)
- [Comment réagir face à une attaque terroriste](#)
- [Vigilance attentats - guide pratique pour les équipes de direction des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux](#)

- [Vigilance attentats - guide pratique pour les personnels des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux](#)
- [Guide de déclinaison des mesures sécurisation périmétrique et bâtementaires - HFDS MCAS 2016](#)
- [Guide Plan de continuité d'activité \(PCA\) - SGDSN](#)

La radicalisation

- [Instruction N° SG/2016/14 du 8 janvier 2016 relative au cadre d'intervention des agences régionales de santé s'agissant des phénomènes de radicalisation](#)
- [Instruction N° SG/2016/377 - 2 décembre 2016 relative à la déclinaison de la stratégie territoriale du ministère des affaires sociales et de la santé par les ARS dans le cadre de la prévention et de la prise en charge de la radicalisation](#)
- [Prévenir-la-radicalisation - SG-CIPDR](#)
- [Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires - MIVILUDES](#)

WWW.SOCIAL-SANTE.GOUV.FR/ONVS

DIRECTION
GÉNÉRALE
DE L'OFFRE
DE SOINS



OBSERVATOIRE NATIONAL
DES VIOLENCES
EN MILIEU DE SANTÉ

