



**DIRECTION
GÉNÉRALE
DE L'OFFRE
DE SOINS**

RAPPORT 2017

Données 2015 et 2016



**OBSERVATOIRE NATIONAL
DES VIOLENCES
EN MILIEU DE SANTÉ**

Les signalements recueillis sur la « plateforme signalement ONVS » ne sont pris en compte que sur la base du volontariat des établissements. Ils n'ont donc pas vocation à l'exhaustivité.

Rapport en ligne sur
<http://social-sante.gouv.fr/dgos/onvs>

Le délégué pour la sécurité générale
dgos-onvs@sante.gouv.fr

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	3
I. PRÉSENTATION DES DONNÉES 2015 ET 2016	8
I.1 Les régions déclarantes.....	8
I.2 Les types d'établissements déclarants.....	10
I.3 Les événements signalés.....	11
I.4 Les atteintes aux personnes	20
I.5 Les atteintes aux biens.....	32
FOCUS sur les services de psychiatrie	35
FOCUS sur les services de gériatrie – USLD/EHPAD – Gériatrie court séjour.....	40
FOCUS sur le service des urgences	42
II. ANALYSE DES VIOLENCES ENVERS LES PERSONNES.....	47
II.1 Typologie des victimes	47
II.2 Typologie des auteurs.....	50
II.3 Les motifs des violences	53
II.4 La gestion des événements de violence	56
II.5 Les suites données.....	58
ANNEXES.....	60
La fiche de signalement ONVS.....	60
L'échelle de gravité des signalements de l'ONVS.....	61
Liste des sigles utilisés	62

INTRODUCTION

Le rapport 2017 de l'Observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS) appelle plusieurs remarques :

■ **Il prend en compte les années 2015 et 2016** en ce qui concerne les signalements qui ont été portés à sa connaissance par les établissements de santé et les établissements sociaux et médico-sociaux.

■ **Il comporte essentiellement des données chiffrées assorties de quelques commentaires et exemples.**

La partie concernant la réflexion sur la prévention des violences et des incivilités, la présentation des bonnes pratiques et les éléments techniques (dont les « Fiches réflexes et Fiche points clés d'une politique de sécurité » ONVS/FHF/MACSF) sont intégrés dans le Guide méthodologique de l'ONVS « *La prévention des atteintes aux personnes et aux biens en milieu de santé* » dont la 1^{ère} édition a été mise en ligne fin avril 2017 sur les pages Internet du ministère des solidarités et de la santé dédiées à l'ONVS :

[Guide méthodologique ONVS « Prévention des atteintes aux personnes et aux biens » \(2017-04\).pdf](#)

■ **Les signalements recueillis sur la « plateforme signalement ONVS » ne sont pris en compte que sur la base du volontariat des établissements.**¹ Ainsi,

- **en 2015**, 337 établissements (5,94 % des établissements) ont déclaré 15 990 signalements,
- **en 2016**, 360 établissements (6,23 % des établissements) ont déclaré 17 596 signalements.

Ces chiffres doivent donc être analysés avec circonspection car n'étant pas exhaustifs ils ne reflètent qu'une tendance. Celle-ci, à l'image d'un sondage, semble être assez proche de la réalité des divers types de violences, d'incivilités et d'atteintes aux biens qu'on peut retrouver dans les établissements en fonction des services et lieux où ils sont commis.

Les conclusions que l'on peut tirer sur la réalité et les contours des phénomènes observés au niveau national permettent d'apporter une contribution à la connaissance de ces atteintes aux



¹ Tenant compte de cette sous-déclaration (les ordres professionnels font le même constat de sous-déclaration en ce qui concerne leur observatoire répertoriant les violences), **dans le cadre du suivi des actes d'incivilités, de malveillance et de violence dans le secteur santé, l'instruction 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](#).

personnes et aux biens, leur fréquence, le profil des auteurs et des victimes, ainsi que les suites et les conséquences des actes subis, éléments essentiels pour éclairer les décideurs publics dans leurs choix stratégiques pour prévenir et lutter contre ces atteintes aux personnes et aux biens. Au-delà des *a priori* et des préjugés, l'ONVS permet ainsi de disposer d'éléments statistiques stabilisés et objectifs à la disposition de tous.

■ La tolérance face à des violences, dont les causes sont parfois mal identifiées ou dues à des violences gratuites, est devenue très faible. C'est d'ailleurs à dessein que **l'ONVS recueille non seulement les atteintes aux personnes et aux biens les plus graves, mais également les incivilités qui pourraient être considérées comme mineures**. Tel n'est pourtant pas le cas, comme le rapporte le guide ONVS précité, page 5 :

« 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, démobilisation 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.** »

■ Afin de bien prendre comprendre l'articulation des chiffres évoqués dans ce rapport, il importe de distinguer le signalement, de l'atteinte et du fait ou acte. Un signalement à l'ONVS est une fiche rendant compte d'un événement. Celui-ci peut comporter un ou plusieurs types d'atteintes (aux personnes et aux biens), qui, elles-mêmes, peuvent comporter plusieurs faits ou actes de niveaux de gravité différents. Ex : un signalement d'atteinte aux personnes avec 3 personnes injuriées (niveau 1), menacées (niveau 2) et frappées à coups de poings (niveau 3) et dont l'une a été l'objet d'un vol de numéraire (niveau 1). V. détail de l'échelle de gravité des atteintes aux personnes et aux biens p. 61.

■ Les signalements effectués sur la « plateforme signalement ONVS » ne correspondent pas à un « État 4001 » des infractions (état statistique annuel des délits et des crimes relevés par les services de police et de gendarmerie). Les signalements à l'ONVS sont certes classés en fonction de l'échelle des infractions du code pénal, à la fois pour traduire la réalité et le degré de gravité des atteintes aux personnes et aux biens commises en milieu de santé, et pour permettre d'appréhender le phénomène, ne serait-ce que sur le plan judiciaire (quelle réponse pénale la mieux adaptée ?). Toutefois, **les signalements ONVS ont une approche plus large du phénomène : intégration de certains faits contraventionnels et des impacts générés par les atteintes subies** (ressenti des personnes qui en ont été l'objet ; façon dont elles ont appréhendé l'acte en lui-même, action de soutien engagée, etc.). **En effet, la prévention et la lutte contre les violences et les incivilités ne sauraient se départir d'une approche dite « triangulaire » associant nécessairement l'amélioration de la qualité de la vie au travail et l'amélioration de la qualité des soins. C'est bien par ce biais que l'ensemble des professionnels pourra s'approprier et**



participer pleinement à la prévention et à la lutte contre les violences de tout type tandis qu'elles ne font pas partie de leur cœur de métier.

■ « La plateforme signalement ONVS », grâce à une application Internet unique, donne la possibilité de recenser et de centraliser les atteintes aux personnes et aux biens. L'absence d'exhaustivité des signalements ne permet pas d'extraire des statistiques comparées significatives d'une année sur l'autre au niveau national. En revanche, pour les établissements qui ont mis en place une politique de déclaration exhaustive, ces statistiques permettent de procéder à ces comparaisons.

La consultation peut s'effectuer à trois niveaux :

- local pour l'établissement concerné,
- départemental et régional pour l'agence régionale de santé,
- national pour l'ONVS.

■ Afin de donner la possibilité à l'ensemble des établissements d'avoir une approche la plus homogène possible des signalements, et pour s'approcher au plus près de la réalité, l'ONVS adapte régulièrement sa fiche de signalement² (les statistiques en ambulatoire ne sont appréhendées que par l'intermédiaire des observatoires des violences des ordres professionnels).

Pour rappel, en 2015, une distinction a été introduite entre les **violences commises ou non en raison d'une pathologie**. S'il s'agit de violences que l'on retrouve davantage en secteur de psychiatrie ou de gériatrie (elles demandent des mesures de prévention qui ressortent plus du domaine de la prise en charge médicale que de la prévention situationnelle). Il n'en demeure pas moins qu'elles sont objectivement des violences, même si l'élément intentionnel (« moral ») fait souvent défaut chez l'auteur. L'impact sur la victime reste très fort et produit à court ou moyen terme, les mêmes effets délétères.

Depuis avril 2017 un nouvel élément concernant les circonstances de violences et d'incivilités prend en compte l'« **Atteinte au principe de laïcité** ». Cette circonstance, qui concerne autant les professionnels en établissement qu'en ambulatoire, était portée de façon éparse et aléatoire à la connaissance de l'ONVS, les déclarants ne sachant pas toujours comment la caractériser. Afin de les aider en ce sens, la circulaire du 15 mars 2017 relative au respect du principe de laïcité dans la fonction publique et le *Guide de la laïcité et de la gestion du fait religieux dans les établissements publics de santé*³, en ligne sur les pages de l'ONVS et sur la « plateforme signalement ONVS », apportent toutes les précisions pour identifier avec justesse cette circonstance, notamment à l'aide d'exemples qui ressortent de la jurisprudence.

■ À l'occasion de ses déplacements et contacts, l'ONVS constate une sorte d'autocensure pour signaler des violences et des incivilités ou pour déposer plainte :

- le premier filtre à la déclaration des « événements indésirables » est constitué par les personnels soignants des établissements, qu'ils aient une activité salariée ou libérale, et les personnels non soignants : la méconnaissance de la protection pénale dont ils bénéficient, la

² [Fiche signalement ONVS - 2017](#) v. pages Internet du site du ministère des solidarités et de la santé dédiées à l'ONVS. Voir aussi la fiche en annexe du présent rapport.

³ [Circulaire 15 mars 2017 - le fait religieux - Fonction publique](#)
[Guide laïcité et gestion du fait religieux dans les établissements publics de santé 2016.pdf](#)

crainte de devoir entrer dans le processus judiciaire (très mal connu), la peur de représailles et l'impression de perdre du temps (quel intérêt de déclarer si ce n'est pas suivi d'action ? Tâche administrative supplémentaire se rajoutant à tant d'autres). Il apparaît donc nécessaire qu'une juste information soit portée à leur connaissance sur le large spectre judiciaire dont dispose la justice pour rétablir les victimes dans leurs droits avec une graduation dans la sanction pénale adaptée au type d'infraction commis et à la personnalité de l'auteur (passage obligé pour faire cesser le sentiment d'injustice qui nuit à la qualité de la vie au travail et qui, par contre coup, porte atteinte à la qualité des soins dispensés). Il apparaît aussi nécessaire que les enquêteurs de la police et de la gendarmerie nationales soient mieux informés, au-delà de leur formation en école, de la protection pénale mise en place spécifiquement par le législateur envers les professionnels de santé pour les sensibiliser à ces violences et à ces incivilités. Une information-sensibilisation sur les symptômes psychiatriques, voire en gériatrie, serait également utile⁴.

- Un autre frein à la déclaration est constitué par les établissements qui ne travaillent pas encore avec l'ONVS, ceci étant dû au fait, notamment, qu'un établissement qui déclare peut craindre de se voir affubler d'une mauvaise réputation. Tel n'est évidemment pas le cas et encore moins le but. **Ce n'est que par l'exhaustivité complète de ces phénomènes portés à la connaissance de l'ONVS qu'il sera possible de tirer de justes conclusions et de proposer en retour une réponse politique nationale où chaque établissement pourra puiser des idées applicables et modulables pour lui-même. Que les établissements tiennent leur propre grille « d'événements indésirables » est nécessaire pour chacun d'entre eux, mais dans le cadre d'un travail collectif national, l'ONVS doit pouvoir aussi profiter de leurs conclusions et des éléments susceptibles d'intéresser l'ensemble des autres établissements.**

■ Le meilleur cadre d'action : « les conventions santé-sécurité-justice »

L'ONVS rappelle que le meilleur cadre d'action pour la sécurité est constitué par la « convention santé-sécurité-justice », protocole national du 10 juin 2010, étendu aux ordres professionnels avec le protocole national du 20 avril 2011, qui est encore trop peu mis en œuvre (530 conventions depuis 2010 pour les établissements de santé et 54 conventions pour les ordres professionnels). Au-delà de la signature d'un document formel, c'est bien évidemment le facteur humain qui doit être privilégié générant des contacts réguliers, des relations étroites et la connaissance mutuelle des différents acteurs, de leurs impératifs, de leur logique d'action, pour trouver localement les réponses les mieux adaptées aux violences et aux incivilités. L'ONVS constate d'ailleurs de très bonnes idées et pratiques locales qu'il a plaisir à présenter dans le guide ONVS précité pour le bien de tous. Tous les acteurs du monde de la santé, de la sécurité et de la justice sont concernés : établissements de santé, établissements sociaux et médico-sociaux, agences régionales de santé, ordres professionnels, préfetures, police, gendarmerie, parquets, collectivités territoriales. La connaissance du quotidien de l'autre permet de mieux cerner tous les enjeux et d'œuvrer ainsi en commun pour la sécurité de tous les personnels travaillant dans le monde de la santé.

■ Document unique d'évaluation des risques professionnels

L'ONVS souligne encore que la mise en œuvre d'une politique en matière de prévention des violences repose sur l'élaboration d'outils de prévention des risques, notamment professionnels. À ce titre, le document unique d'évaluation des risques professionnels constitue l'un des axes majeurs

⁴ L'ONVS a d'ailleurs été informé d'une initiative locale d'information sur les maladies psychiatriques faite par un médecin psychiatre d'un établissement de santé au profit d'une brigade de la gendarmerie nationale. Au-delà de l'information dispensée, cela a permis de faciliter les relations et une meilleure compréhension de l'univers de chacun. Une telle initiative pourrait parfaitement être incluse dans « les conventions santé-sécurité-justice ».

des actions devant être entreprises par les chefs d'établissement. Ce document recense l'ensemble des risques professionnels auxquels sont exposés les agents ainsi que les mesures de prévention associées. L'obligation qui résulte de l'article R 4121-1 du code du travail doit s'appuyer sur un processus dynamique d'évaluation prenant en compte les changements organisationnels, humains et techniques affectant le milieu professionnel concerné.

Les articles L. 4121-1 et L. 4121-2 du code du travail rappellent la responsabilité du chef d'établissement en matière de sécurité de ses personnels.⁵

■ Prévention globale : violences de tout type dont la menace terroriste

Cette démarche de prévention des atteintes aux personnes et aux biens est d'autant plus urgente à mettre en œuvre ou à renforcer, que les établissements de santé ont été destinataires en novembre 2016 d'une instruction⁶ faisant suite à une lettre d'action interministérielle des ministres de la santé et de l'intérieur ayant pour objet la mise en place d'un plan de sécurisation pour se prémunir contre la menace terroriste (attentat et sur-attentat) tout en intégrant la malveillance, les violences et les incivilités. La réflexion se doit donc d'être globale sur le sujet. Il est vrai que la vague d'attentats enclenchée depuis 2015 participe au changement progressif des mentalités quant à la nécessité de développer la sécurisation (entendue au sens large).

Au-delà des moyens techniques appropriés à mettre en œuvre, il s'agit bien de créer une gestion pérenne de la culture du risque et de la lutte contre toutes les sortes de menaces et de violences car l'hôpital n'est plus un sanctuaire.⁷ Les personnels de santé, sans pour autant se transformer en policiers et gendarmes, ni « bunkeriser » les établissements, ont un rôle à jouer de premier ordre dans la sécurisation quotidienne de leur établissement. Ils sont par ailleurs les plus à même d'instiller au cœur de leur lieu de travail les réflexes et les réflexions indispensables pour analyser les causes de violence et comprendre ce qui, par leur action, peut participer à les faire reculer. La violence en milieu de santé n'est pas une fatalité.

L'ONVS, en lien étroit avec tous les services du ministère des solidarités et de la santé, et les partenaires institutionnels, est là pour les y aider.

⁵ [Art. L 4121-1 et L4121-2 du code du travail](#)

⁶ [Instruction SG/HFDS/DGOS/DGS 16-11-2016](#)

⁷ Le Guide ONVS précité développe (pages 10 à 15) le principe de cette prévention des atteintes aux personnes et aux biens avec **trois niveaux de prévention** (primaire, secondaire, tertiaire) et **six actions concrètes** (analyser, accompagner, concevoir, organiser, former, communiquer).

http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_onvs_-_prevention_atteintes_aux_personnes_et_aux_biens_2017-04-27.pdf

I. PRÉSENTATION DES DONNÉES 2015 et 2016

- **En 2015**, l'observatoire a été rendu destinataire de 15 990 signalements d'atteintes aux personnes et aux biens effectués par 337 établissements sanitaires et médico-sociaux.
- **En 2016**, l'observatoire a été rendu destinataire de 17 596 signalements d'atteintes aux personnes et aux biens, effectués par 360 établissements sanitaires et médico-sociaux.

Le nombre de signalements est en hausse, tandis que le nombre des établissements participant au dispositif est un peu plus important mais pas de façon significative.

Les risques engendrés par les atteintes aux personnes et aux biens en milieu de santé représentent un coût humain, économique et social évident bien qu'il ne soit pas chiffré.

I.1 Les régions déclarantes

Ce tableau n'illustre pas la dangerosité des régions mais le nombre d'établissements ayant déclaré des signalements à l'ONVS.

Tableau 1. Présentation des signalements 2015-2016 par région

Régions et outre-mer	Nombre d'établissements déclarants		Nombre de signalements	
	2015	2016	2015	2016
Auvergne-Rhône-Alpes	23	25	579	601
Bourgogne-Franche-Comté	13	16	1 042	1 117
Bretagne	17	20	810	1 266
Centre-Val-de-Loire	13	12	527	562
Corse	1	2	47	45
Grand-Est	54	47	1 541	1 560
Hauts-de-France	22	27	933	1 186
Île-de-France	55	56	3 984	4 302
Normandie	32	36	1 306	1 624
Nouvelle-Aquitaine	21	24	698	832
Occitanie	34	39	2 736	2 619
Pays-de-la-Loire	12	16	684	844
Provence-Alpes-Côte-D'azur	35	33	811	722
Guadeloupe	1	1	1	1
Guyane	1	2	148	105
Martinique	1		2	
La Réunion	1	3	60	181
Mayotte	1	1	81	29
	337	360	15 990	17 596

Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement

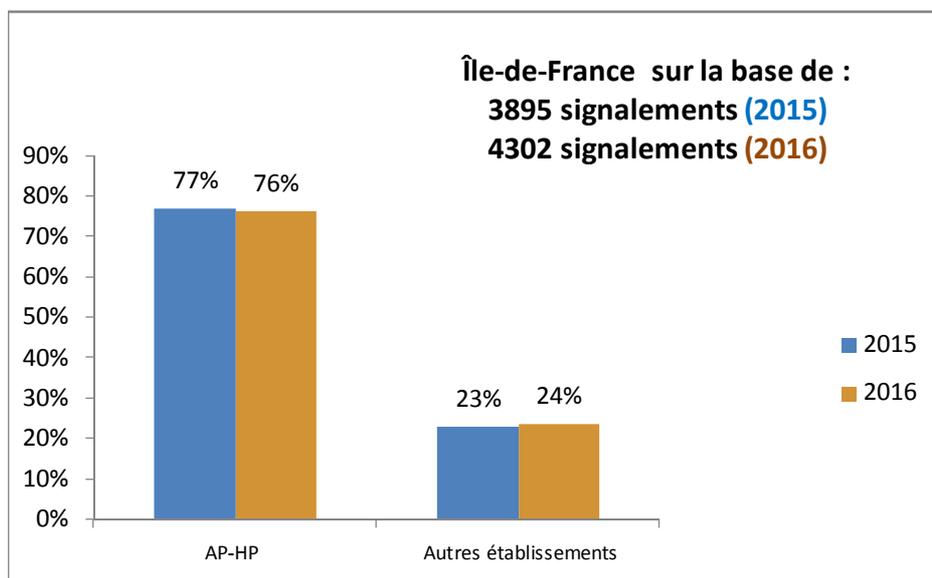
NB : les établissements de l'AP-HP et de l'AP-HM sont identifiés en entité « Établissement géographique »

Les visites effectuées par l'ONVS initient souvent un partenariat avec les établissements et un début de déclaration des faits recensés en leur sein (déclarations qu'il appartient de maintenir par la suite), car les éclaircissements fournis sur l'intérêt des déclarations fait prendre conscience aux établissements de l'utilité de cette démarche. Pour les établissements avec lesquels l'ONVS travaille déjà, on constate une hausse des déclarations traduisant une plus grande exhaustivité de la prise en compte du phénomène.

- **En 2015**, en Île-de-France, 55 établissements ont effectué 3 985 signalements, soit 25 % du total des signalements nationaux.
- **En 2016**, 56 établissements ont effectué 4 302 signalements, soit 24,50 % du total des signalements nationaux.⁸

Graphique 1. Signalements 2015 et 2016 en Île-de-France

Le graphique ci-dessous montre le pourcentage de signalements pour les établissements de l'APHP et ceux des autres établissements de l'Île-de-France.



Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement

Concernant les autres régions, l'implication dans le dispositif est variable sans que l'on puisse toutefois en tirer des conclusions générales. Il est également possible que certaines régions moins confrontées à ces phénomènes se sentent moins concernées par cette problématique.

D'un établissement à l'autre, les politiques en la matière diffèrent. Pour certains, la mise en place d'un outil informatique interne de recensement des déclarations et d'initiatives en matière de prévention des violences va de pair avec l'alimentation de la plateforme nationale. Pour d'autres, les actions se concentrent au niveau local. La double saisie à la fois dans l'outil local et dans la « plateforme signalement ONVS » constitue un frein.

Il reste que cet outil informatique ne présente un intérêt que si les établissements – au-delà du facteur impondérable de la violence gratuite et de l'impolitesse de certaines personnes envers les

⁸ Pour mémoire, depuis 2012, l'AP-HP, qui représente 35 établissements franciliens, a abandonné son outil interne de recensement des événements au profit de celui de l'ONVS.

personnels de santé – se lancent, premièrement, dans une véritable politique d’analyse objective des causes de violences et d’incivilités. Celles-ci sont à rechercher dans :

- les facteurs humains : relations soignants, soignés - entourage, hiérarchie,
- les facteurs institutionnels et organisationnels,
- les facteurs architecturaux (aménagement et conception des locaux, accueil et gestion de la fluidité des patients),

puis, dans la recherche des meilleures solutions adaptées au contexte propre de l’établissement dont, notamment :

- les formations à la gestion des agressions verbales et des agressions physiques,
- les diverses formes de soutien (hiérarchique, psychologique...) notamment dans les secteurs les plus sujets aux violences (quelles que soient leurs typologies),
- les formations d’acquisition des connaissances de certaines pathologies notamment en psychiatrie et en gériatrie et du contexte spécifique de ces spécialités,
- les contacts étroits et réguliers avec les partenaires institutionnels.

• REMARQUE : La fiche d’événement indésirable Certains établissements ont lancé une formation à destination de l’ensemble de leur personnel sur l’intérêt et la façon de remplir une fiche d’événement indésirable permettant en retour, avec un plus grand nombre de déclarations, une analyse approfondie des causes des violences. Comme cela pu être rapporté à l’ONVS, cette formation a entraîné une « véritable “désacralisation” des événements indésirables ainsi qu’une prise de conscience en terme de gestion des risques et d’amélioration du quotidien » permettant à la direction et à l’encadrement de fournir des réponses plus adaptées et un soutien conséquent.

Si très souvent, les établissements choisissent de déclarer des faits sur la plateforme signalement ONVS à la suite d’un événement violent, d’une visite technique ou d’une conférence faite par l’ONVS, malheureusement, certains abandonnent le partenariat au bout de quelques mois, voire quelques années, au gré des mutations du ou des personnels en charge des déclarations, la mission n’étant pas reprise. Pourtant, les établissements ne peuvent plus faire l’impasse sur ce sujet.

Le plan de sécurisation d’établissement (PSE) lancé en novembre 2016 et l’implication de l’ensemble du ministère dans les politiques de prévention et de gestion des événements de violence doit permettre, en relayant la politique nationale et en associant les établissements, de créer une réelle dynamique en la matière.

I.2 Les types d’établissements déclarants

En 2015 :

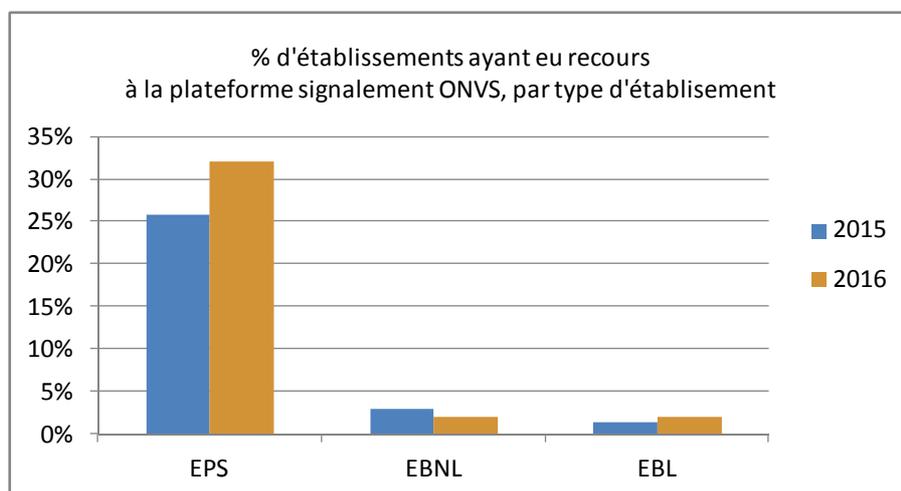
- 270 des 924 établissements publics de santé (EPS) ont déclaré 15 079 signalements, soit 77 % des 15 990 signalements pour 25,9 % des EPS déclarants,
- 44 des 1 533 établissements de santé privés à but non lucratif (EBNL) ont déclaré 721 signalements, soit 14,5 % des 15 990 signalements pour 2,9 % des EBNL déclarants,
- 23 des 1 314 établissements de santé privés à but lucratif (EBL) ont déclaré 190 signalements soit 8,6 % des 15 990 signalements pour 1,75 % EBL déclarants.

En 2016 :

- 290 des 924 établissements publics de santé (EPS) ont déclaré 16 536 signalements, soit 81 % des 17 596 signalements pour 32,1 % des EPS déclarants,

- 42 des 1 533 établissements de santé privés à but non lucratif (EBNL) ont déclaré 905 signalements, soit 12 % des 17 596 signalements pour 2,7 % des EBNL déclarants,
- 28 des 1 314 établissements de santé privés à but lucratif (EBL) ont déclaré 155 signalements, soit 8 % des 17 596 signalements pour 2,1 % des EBL déclarants.

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



Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement

La part des établissements dans le pourcentage d'établissements déclarants dans chacune de ces trois catégories est faible surtout pour les EBL et les EBNL. La FHP-MCO (Fédération de l'hospitalisation privée) encourage les établissements à développer leur partenariat avec l'ONVS. Certains de ces établissements ont fait l'objet d'une visite pour développer leur politique de prévention. Les EBL et EBNL vivent les mêmes difficultés de violence et d'incivilité que les établissements publics, même si les proportions sont parfois différentes.

Les établissements purement médico-sociaux déclarent très peu de signalements à l'ONVS. Pourtant, les quelques partenariats développés et visites techniques effectuées montrent que les violences sont autant présentes que dans les autres structures. Les violences semblent davantage du domaine des violences commises en raison d'une pathologie.

I.3 Les événements signalés

Les événements signalés sont classés en deux catégories :

- les atteintes aux personnes,
- les atteintes aux biens.

Pour chacune d'entre elles, une échelle de gravité est calquée sur la classification du code pénal en crime, délit, contravention. Les infractions, réunies par grandes familles, permettent de la sorte de prendre en compte l'ensemble des faits signalés à l'ONVS (voir annexe [L'échelle de gravité des signalements de l'ONVS](#)).

- **En 2015**, 12 637 atteintes aux personnes et 4 050 atteintes aux biens ont été signalées. 718 signalements répertoriaient les deux types d'atteintes cumulativement, essentiellement des violences accompagnées de dégradations.

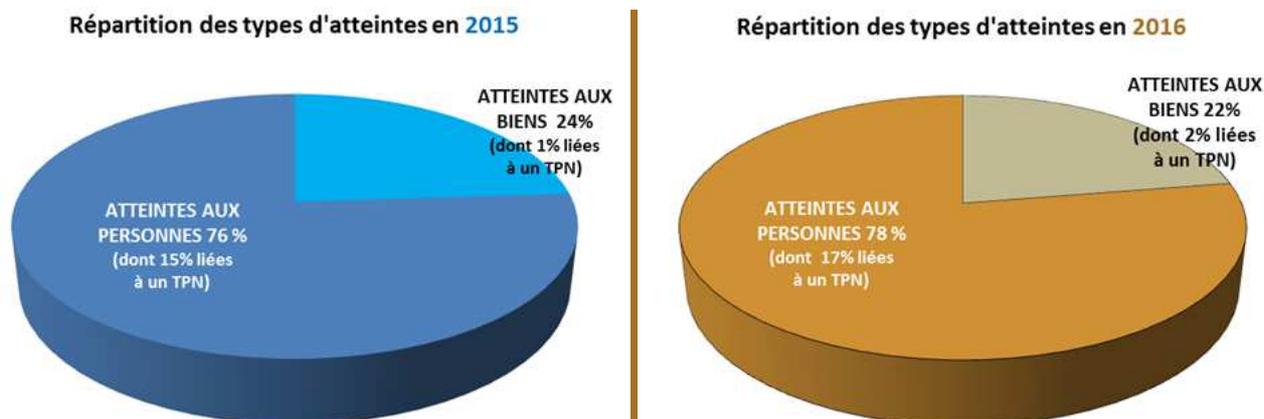
- **En 2016**, 14 508 atteintes aux personnes et 4 197 atteintes aux biens ont été signalées. 1 109 signalements répertoriaient les deux types d'atteintes cumulativement, essentiellement des violences accompagnées de dégradations.

Graphique 3. Répartition des signalements d'atteintes aux personnes et aux biens

Dans la logique du système déclaratif mis en place lors de la création de cet observatoire, les établissements font remonter majoritairement des atteintes aux personnes. En effet, ce type d'atteintes est, pour des raisons évidentes, celui qui est le plus mal ressenti par le personnels et pour lequel, bon nombre de personnel est souvent le moins bien préparé.

Par ce biais, les victimes désirent également alerter sur leurs conditions de travail et la dégradation des relations patients/soignants.⁹

Pour la première fois, en 2015, l'ONVS a permis aux établissements d'affiner leur déclaration. Ainsi, en signalant un événement sur la plateforme nationale, ils ont pu distinguer les faits dont la cause principale est directement liée à un trouble psychique ou neuropsychique (TPN) ayant aboli le discernement ou le contrôle des actes de l'auteur.¹⁰



Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement

TPN : trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli le discernement ou le contrôle des actes de l'auteur

Sur le total, il apparaît ainsi que 15% en 2015 et 17% en 2016 (un fait sur six environ) des faits sont liés à un TPN et pour leur immense majorité, il s'agit d'atteinte aux personnes. Cette nouvelle association possible entre un fait et son origine doit être consolidée à l'avenir afin que les établissements s'approprient pleinement cette possibilité d'analyse.

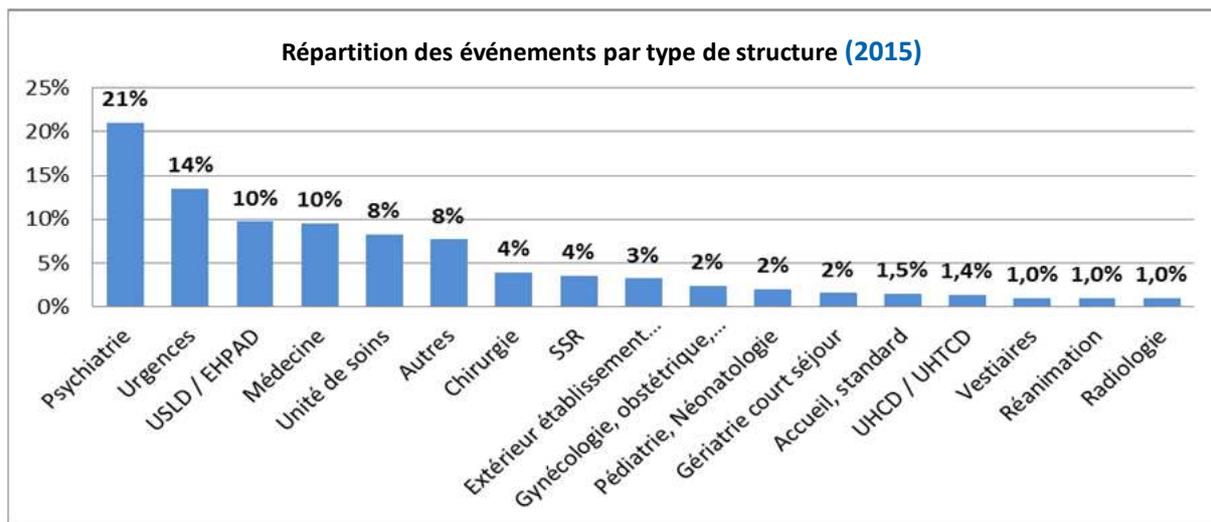
⁹ Dans le *Panorama des établissements de santé*, Édition 2014, p. 19, Dossier : « Les conditions de travail dans les établissements de santé », la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) précise que « Les tensions avec le public se sont accrues, mais le soutien social et la coopération se sont aussi développés ». Selon cette étude, entre 2003 et 2013, « [...] la proportion de salariés ayant des rapports tendus avec le public (patients ou accompagnateurs par exemple) a augmenté, en particulier pour les professions les plus exposées : les agents d'entretien (19 % en 2003, 32 % en 2013), les aides-soignants (43 % en 2003, 56 % en 2013) et les infirmiers et sages-femmes (54 % en 2003, 66 % en 2013). » L'étude montre également l'importance de l'entraide entre collègues qui reste « un trait caractéristique fort de l'hôpital » qui « est d'ailleurs nettement plus élevée que dans les autres secteurs de l'économie ». L'édition 2017 n'a pas repris cette thématique. Source : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/panorama2014.pdf>

¹⁰ Voir Remarque page 21 sur les violences « médicalement » involontaires dans le chapitre 1.4 Les atteintes aux personnes.

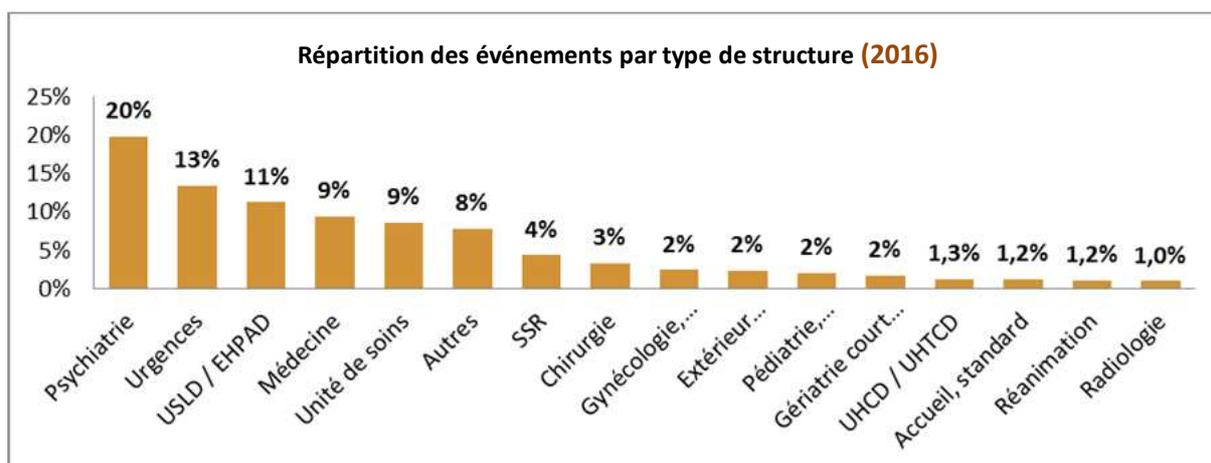
Graphique 4. Répartition des événements par lieu ou par service

Des événements signalés en 2015 et 2016, on constate que tous les services sont exposés à des phénomènes de violence et d'incivilité, cependant certains lieux et certaines activités sont plus touchés. Il y a peu d'évolution entre les deux années. Toutes atteintes confondues, les services les plus concernés ont été la psychiatrie avec environ un cinquième des incidents déclarés, les urgences, la gériatrie et la médecine (qui recouvre une grande diversité d'unité entre chaque établissement).

Les structures ayant moins de 1% de déclarations ne sont pas signalées dans ces deux graphiques mais sont répertoriées en dessous de chaque graphique dans l'ordre décroissant du nombre de signalements.



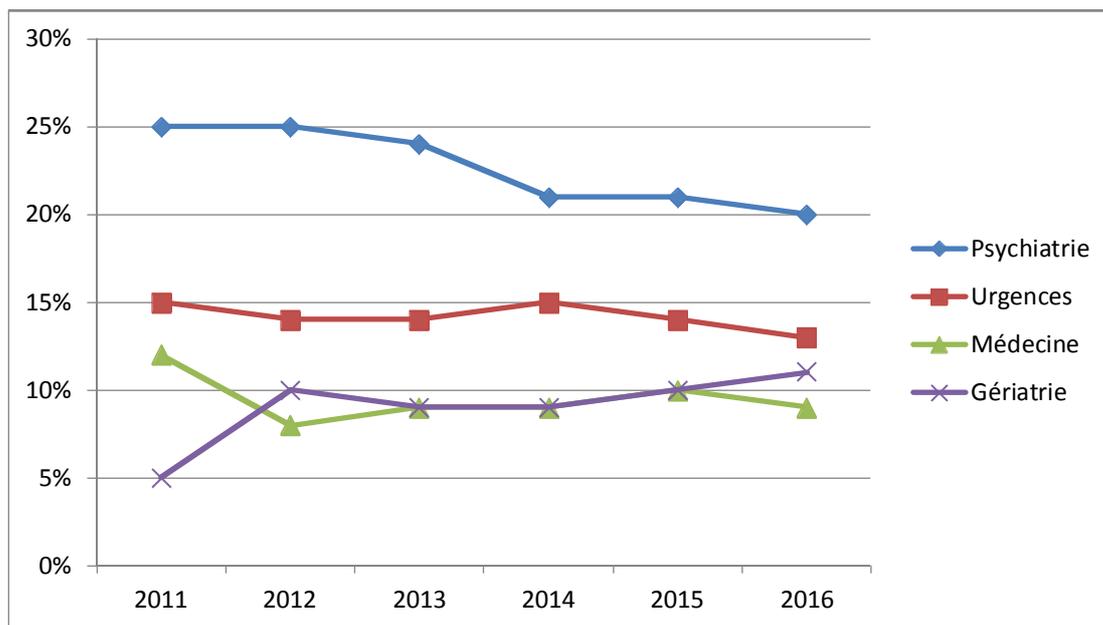
- **En 2015, on compte 24 autres structures** : rééducation, bloc opératoire, hôpital de jour, UMD, addictologie, SSIAD / domicile du patient, CMP, services techniques et de sécurité, pharmacie, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, magasins, polyhandicapés, alcoologie, Bureau du personnel, foyer d'enfance / adolescents, laboratoire, accueil mère-enfant, dépôt mortuaire, centre de détention, UMJ, UHSI, autres (non précisé).



Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement

- **En 2016, on compte 26 autres structures** : rééducation, bloc opératoire, vestiaires, hôpital de jour, UMD, addictologie, polyhandicapés, CMP, services techniques et de sécurité, SSIAD / domicile du patient, accueil mère-enfant, bureau du personnel, foyer d'enfance / adolescents, laboratoire, UCSA, pharmacie, UHSA, centre de détention, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, magasins, dépôt mortuaire, maison d'accueil spécialisée, alcoologie, UMJ, UHSI.

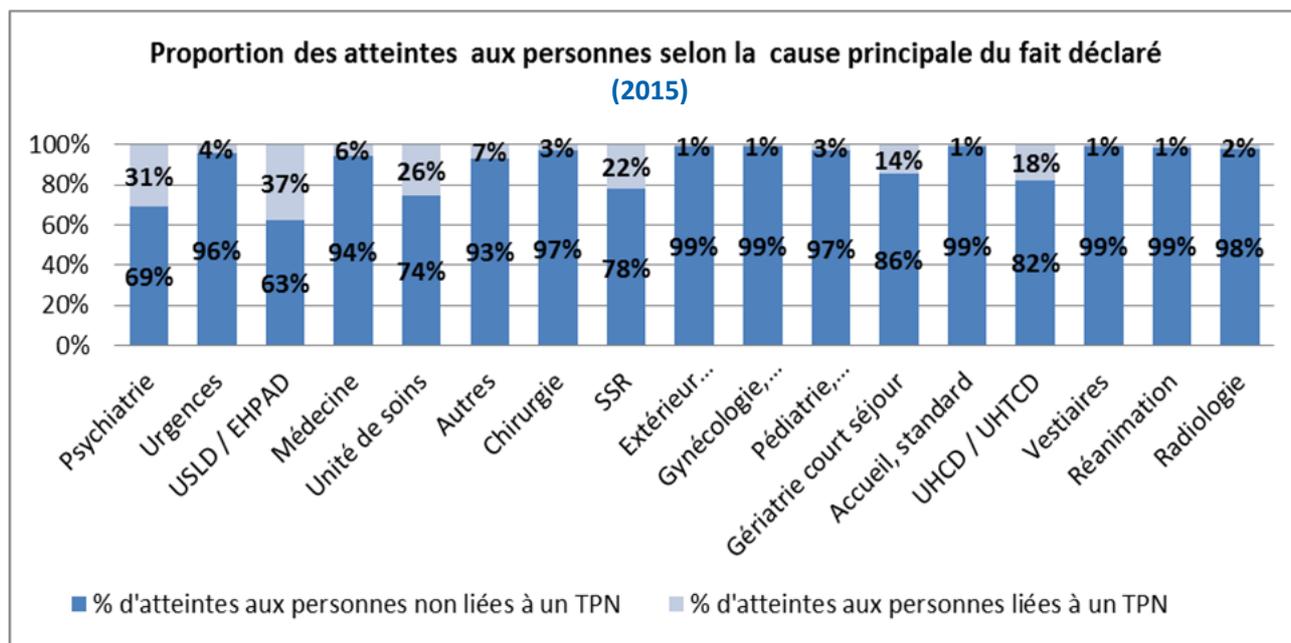
Graphique 5. Évolution annuelle en pourcentage de la part des signalements pour les services les plus impactés



Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement

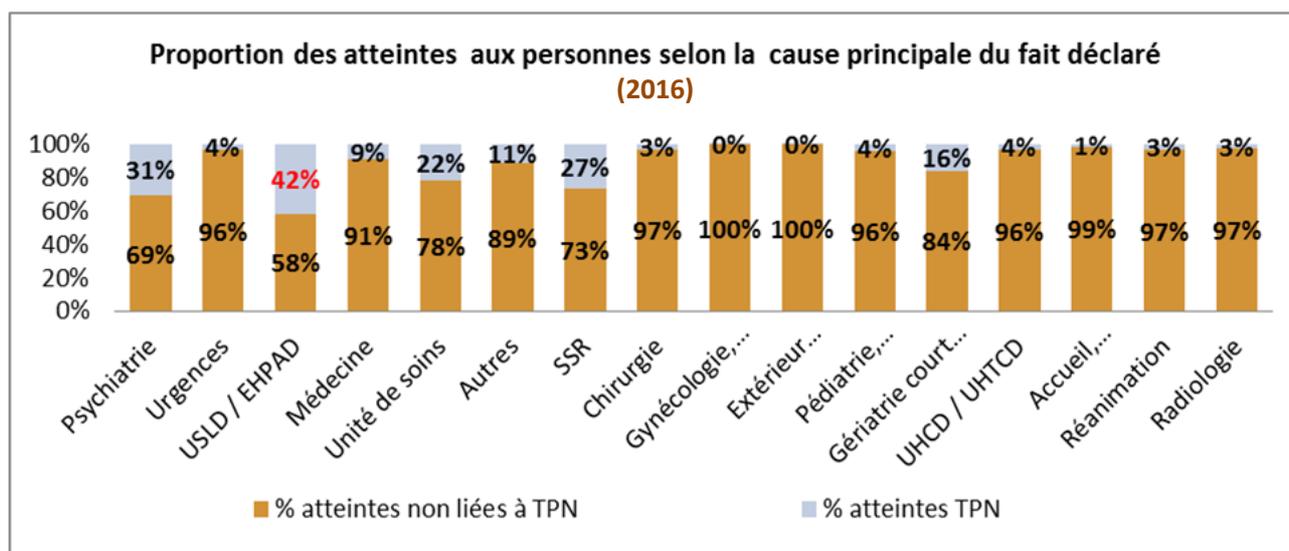
Si les statistiques nationales peuvent difficilement être comparées d'une année sur l'autre en raison du changement de la base de référence au gré du volontariat des établissements, tous les établissements qui signalent sur la plateforme signalement de l'ONVS sans discontinuité sont en mesure d'effectuer des statistiques comparatives précises et ainsi mesurer, service par service, mois par mois, les effets des mesures prises.

Graphique 6. Répartition des atteintes par service avec % TPN¹¹



Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement

¹¹ TPN : 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.



Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement

Les établissements, depuis 2015, peuvent distinguer les faits dont la cause principale est directement liée à un trouble psychique ou neuropsychique (TPN) ayant aboli le discernement ou le contrôle des actes de l'auteur des autres faits.

Ces deux graphiques ci-dessus confirment la forte proportion des faits dus à une pathologie en secteur de psychiatrie et surtout de gériatrie ou les structures en lien direct avec ces services.

Pour la psychiatrie, il s'agit très souvent de comportements liés à certaines maladies mentales comme la schizophrénie. Pour la gériatrie, il s'agit également de comportements directement liés à une maladie neurodégénérative comme la maladie d'Alzheimer.

Graphique 7. Pourcentage des signalements d'atteintes aux personnes et aux biens par unité ou lieu (pp. 16-17)

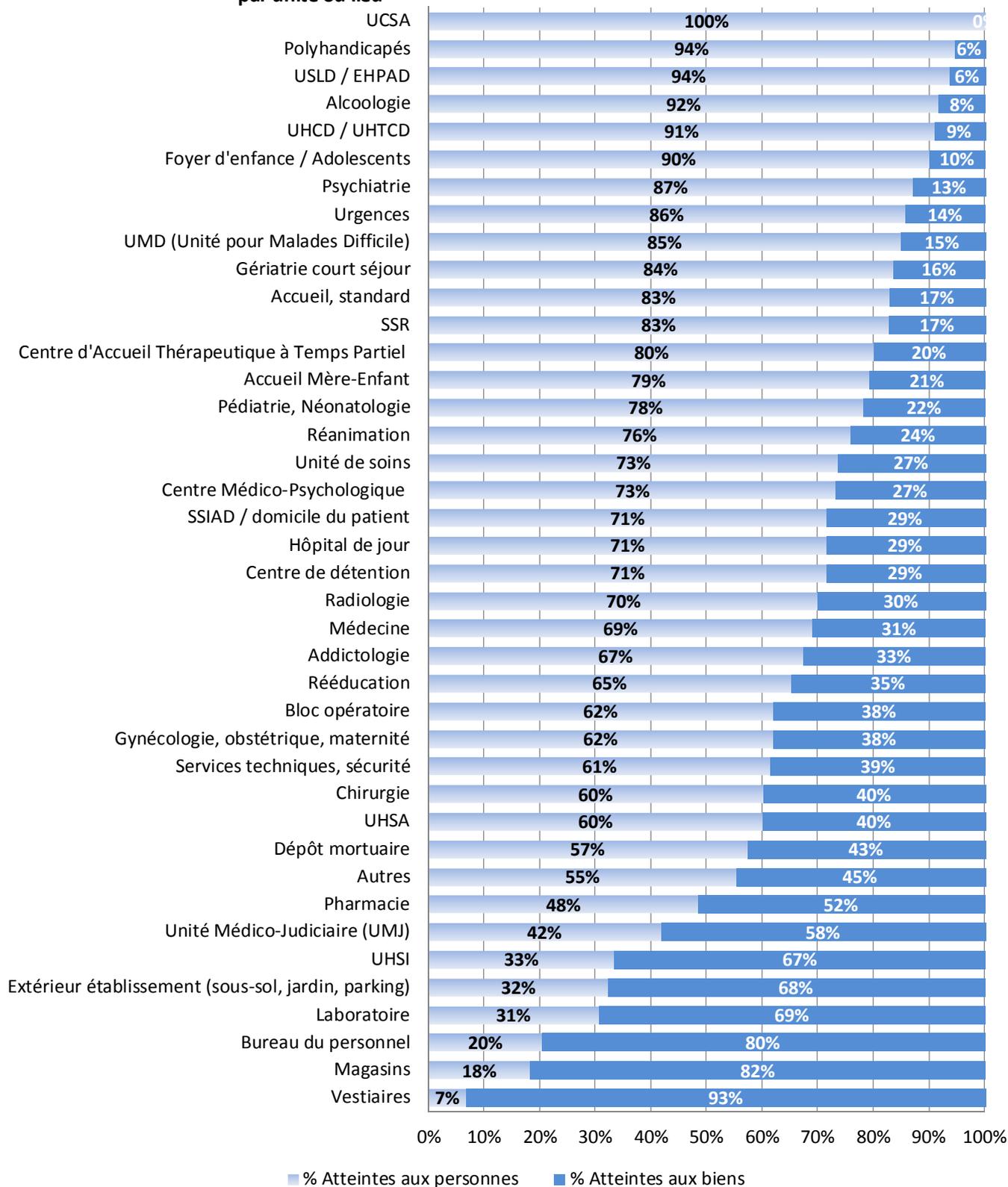
Au sein des établissements, les différents services et lieux ne sont pas touchés de la même manière par les atteintes aux personnes ou aux biens comme le montrent les deux graphiques ci-après. Certains services, en raison de leur patientèle, seront davantage concernés par des violences faites aux personnes (que ce soit à l'égard du personnel soignant ou entre patients). C'est le cas pour la psychiatrie, les urgences, la gériatrie, la médecine, les unités de soins, les services de soins de suite et de réadaptation, les services de soins aux patients détenus, les soins au domicile du patient. Des lieux où les tensions liées à des inquiétudes en rapport avec la maladie ou bien à des faits directement liés à une pathologie sont très présents.

D'autres lieux seront plus touchés par une délinquance d'appropriation ou des dégradations (bureaux et vestiaires, parking, laboratoire, pharmacie). Par ailleurs, **il est très difficile d'estimer les violences, essentiellement verbales, supportées par les agents d'accueil des établissements, notamment au niveau de la caisse/admission, en raison d'une sous déclaration très importante dans ce secteur. Pourtant, les échanges effectués à l'occasion des visites techniques de l'ONVS permettent de constater qu'elles sont fréquentes et engendrent de fortes souffrances pour ces personnels, considérés parfois comme « les souffres douleurs » de l'hôpital.**

Pour une autre approche plus précise du phénomène, il est proposé dans le tableau 4 (pp. 18-19) une présentation par nombre de signalements d'atteintes aux personnes et aux biens par unité ou lieu.

Il est à noter que le chiffre total d'atteintes aux personnes et aux biens est supérieur au nombre de signalements dans la mesure où un signalement peut comporter plusieurs atteintes.

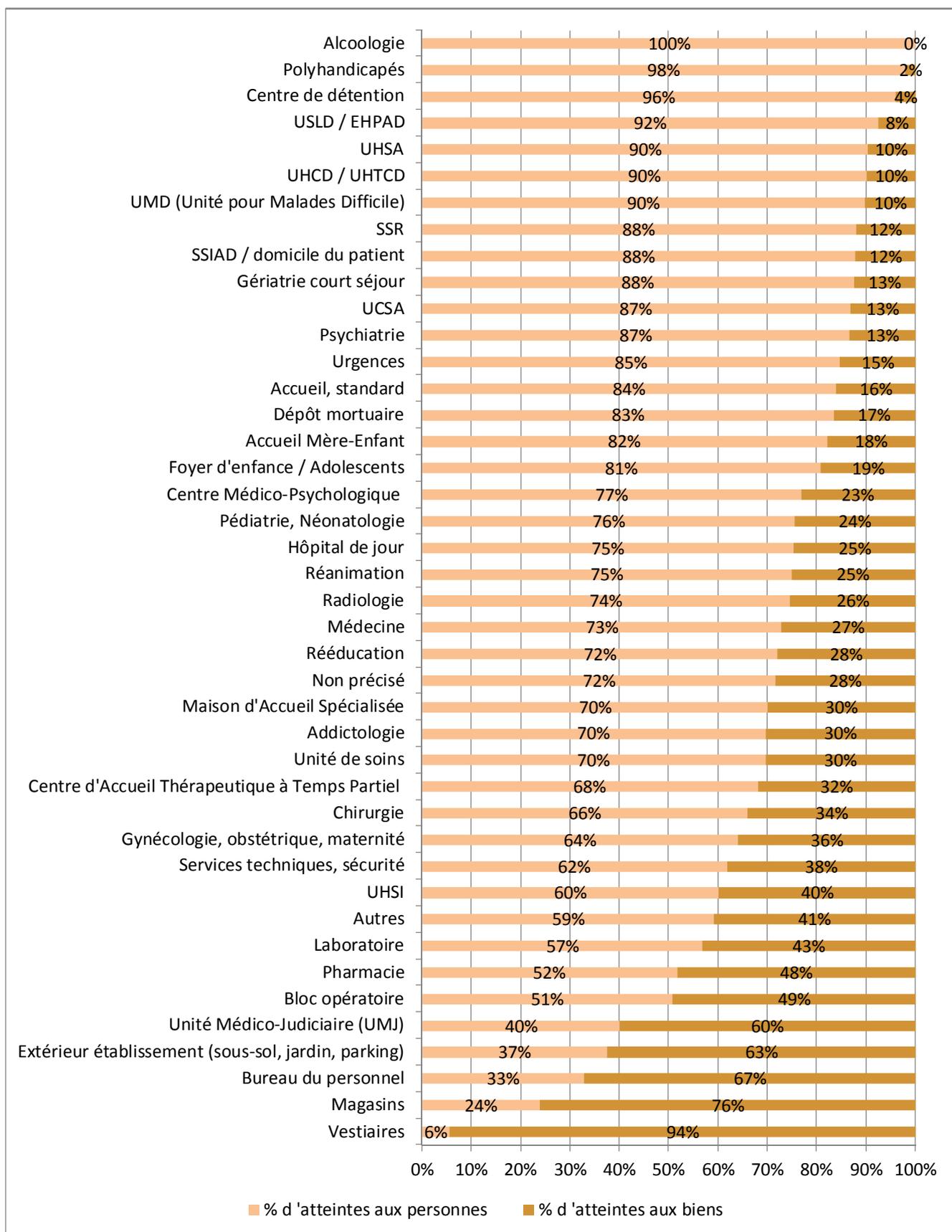
2015 Graphique 7. Pourcentage des signalements (atteintes aux personnes et aux biens) par unité ou lieu



Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement

2016

Pourcentage des signalements (atteintes aux personnes et aux biens) par unité et lieu



Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement

Tableau 2. Répartition des signalements (atteintes aux personnes et aux biens) par lieu ou unité

2015 - Lieu ou unité	Total des signalements*	Nombre d'atteintes aux personnes	Nombre d'atteintes aux biens
Psychiatrie	3 362	3 114	468
Urgences	2 162	1 981	332
USLD / EHPAD	1 556	1 486	103
Médecine	1 527	1 078	485
Unité de soins	1 322	1 016	367
Autres	1 230	704	572
Chirurgie	620	376	250
SSR	569	487	102
Extérieur établissement (sous-sol, jardin, parking)	514	172	363
Gynécologie, obstétrique, maternité	379	240	148
Pédiatrie, Néonatalogie	320	257	72
Gériatrie court séjour	249	213	42
Accueil, standard	233	202	42
UHCD / UHTCD	222	208	21
Vestiaires	163	11	154
Réanimation	156	119	38
Radiologie	154	109	47
Rééducation	129	86	46
Bloc opératoire	124	78	48
Hôpital de jour	118	90	36
UMD (Unité pour Malade Difficile)	108	100	18
Addictologie	100	72	35
SSIAD / domicile du patient	97	70	28
Bureau du personnel	68	14	55
Foyer d'enfance / Adolescents	66	63	7
Non précisé	64	47	19
Laboratoire	59	18	41
Centre Médico Psychologique	59	49	18
Services techniques, sécurité	55	35	22
Pharmacie	30	15	16
Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel	23	20	5
UCSA	23	23	0
Magasins	22	4	18
Accueil Mère-Enfant	22	19	5
Polyhandicapés	17	17	1
Dépôt mortuaire	14	8	6
Centre de détention	14	10	4
UHSA	13	9	6
UMJ	12	5	7
Alcoologie	12	11	1
UHSI	3	1	2
Total général	15 990*	12 637	4 050

Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement

* Un signalement peut comporter plusieurs types d'atteintes

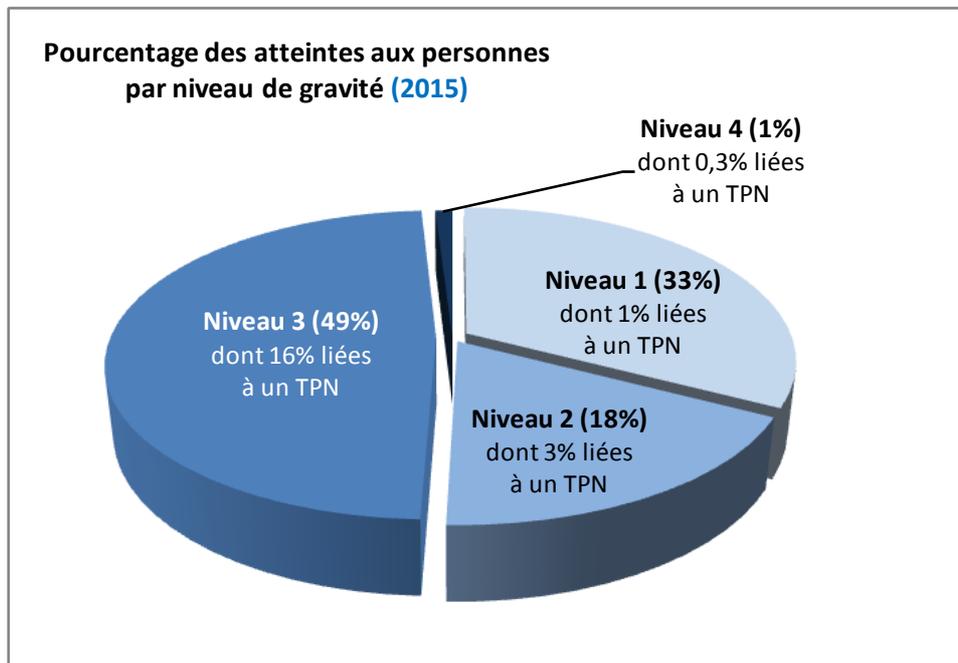
2016 - Lieu ou unité	Total des signalements*	Nombre d'atteintes aux personnes	Nombre d'atteintes aux biens
Psychiatrie	3 490	3 288	512
Urgences	2 354	2 155	390
USLD / EHPAD	1 981	1 893	157
Médecine	1 657	1 261	472
Unité de soins	1 512	1 108	486
Autres	1 386	873	604
SSR	772	706	98
Chirurgie	596	409	212
Gynécologie, obstétrique, maternité	431	290	163
Extérieur établissement (sous-sol, jardin, parking)	412	163	273
Pédiatrie, Néonatalogie	367	299	97
Gériatrie court séjour	301	273	39
UHCD / UHTCD	220	209	23
Accueil, standard	218	191	37
Réanimation	203	160	54
Radiologie	177	137	47
Rééducation	155	113	44
Bloc opératoire	129	68	66
Vestiaires	123	7	120
Hôpital de jour	112	94	31
UMD (Unité pour Malade Difficile)	106	105	12
Non précisé	100	78	31
Addictologie	95	73	32
Polyhandicapés	89	89	2
Centre Médico Psychologique	87	79	24
Services techniques, sécurité	75	50	31
SSIAD / domicile du patient	64	57	8
Accueil Mère-Enfant	55	50	11
Bureau du personnel	53	18	37
Foyer d'enfance / Adolescents	50	46	11
Laboratoire	36	21	16
Pharmacie	30	16	15
UCSA	30	26	4
UHSA	28	28	3
Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel	23	17	8
Centre de détention	23	23	1
Magasins	20	5	16
Dépôt mortuaire	10	10	2
Maison d'Accueil Spécialisée	9	7	3
Alcoologie	8	8	0
Unité Médico-Judiciaire (UMJ)	5	2	3
UHSI	4	3	2
Total général	17 596*	14 508	4 197

I.4 Les atteintes aux personnes

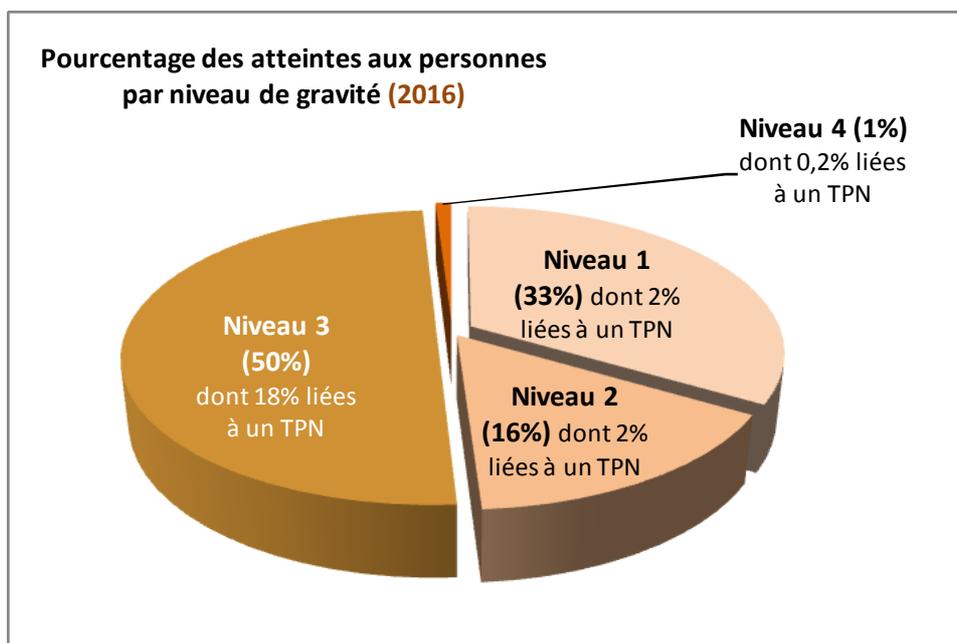
- En 2015, 12 637 signalements d'atteintes aux personnes ont été recensés.
- En 2016, 14 508 signalements d'atteintes aux personnes ont été recensés.

Les violences faites aux personnes représentent près des trois-quarts des signalements.

Graphique 8. Pourcentage des atteintes aux personnes par niveau de gravité (1 à 4) avec TPN*



Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement



*TPN : Trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli le discernement ou le contrôle des actes de l'auteur.

Tableau 3. Nombre de signalements d'atteintes aux personnes par niveau de gravité¹²

Échelle des niveaux de gravité	Nombre de signalements d'atteintes aux personnes			
	2015		2016	
1 (insultes, injures)	4 147	33%	4 855	33%
2 (menaces d'atteinte à l'intégrité physique)	2 212	18%	2 252	16%
3 (violences physiques)	6 139	49%	7 260	50%
4 (violences avec arme, etc.)	139	1%	141	1%
TOTAL	12 637	100%	14 508	100%

Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement

• **REMARQUE : les violences « médicalement » involontaires** Avant 2015, une partie des violences volontaires (niveau 3) était signalée comme des violences involontaires (niveau 2). Or, s'il peut être estimé que certains actes sont « médicalement » involontaires parce que dus à des pathologies comme la maladie d'Alzheimer ou la schizophrénie, en droit pénal, il s'agit bien de violences volontaires. Ces violences doivent donc être déclarées comme telles. En revanche, il se pose la question de la responsabilité pénale de leurs auteurs (abolition ou non du discernement) et surtout les mesures à envisager pour mieux prévenir les violences.

Tel est l'objet de l'évolution de la plateforme signalement ONVS qui permet, depuis 2015, de lier un fait à une pathologie. Il s'agit de prendre ici en compte l'appréciation du déclarant et non l'expertise médicale. Grâce à cette évolution, les données présentent dorénavant une image plus fidèle de la réalité de la répartition des atteintes aux personnes en fonction de la gravité.

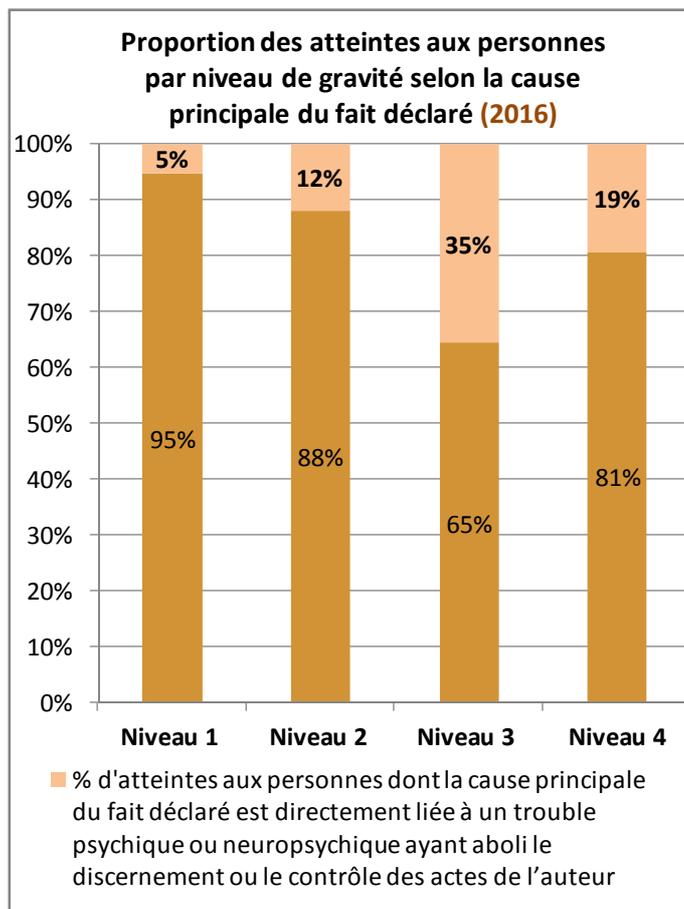
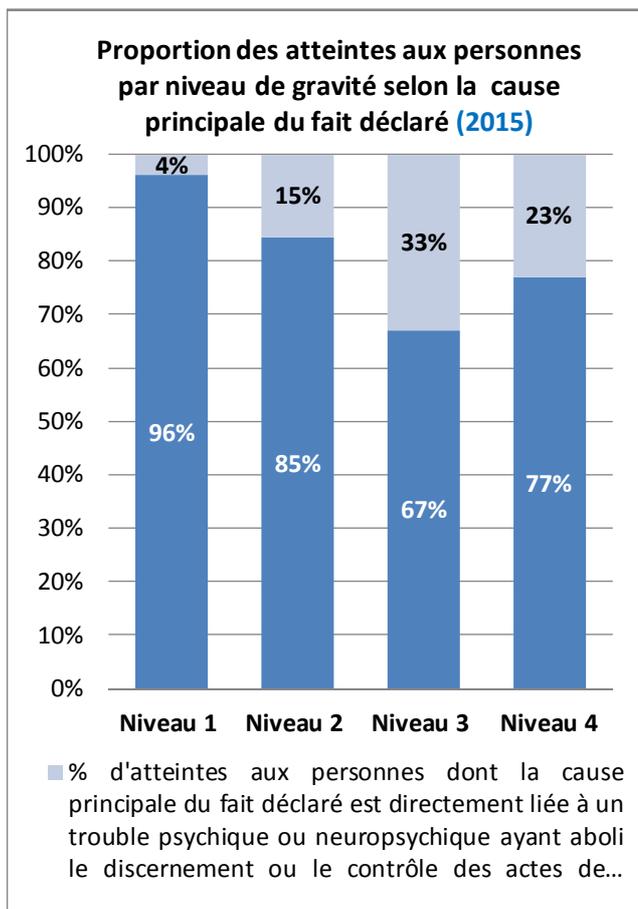
Par ailleurs, depuis 2015, un agent est spécialement dédié à la gestion de la plateforme signalement ONVS. Il lit, analyse, alerte et effectue les retours nécessaires aux établissements pour toutes les déclarations, et ce, de manière exhaustive en lien avec les établissements. Cette analyse permet d'effectuer les corrections idoines et d'améliorer la qualité des signalements en unifiant les déclarations sur le territoire national.

Le graphique 9 de la page 22 montre les pourcentages de faits commis en raison d'une pathologie. Ils sont signalés dans une proportion non négligeable pour 2015 et 2016 sans, pour autant, montrer des écarts importants.

On retrouve davantage de faits commis en raison d'une pathologie dans les secteurs de la psychiatrie (schizophrénie...) et de la gériatrie (Alzheimer...).

¹² Afin de bien prendre comprendre l'articulation des chiffres évoqués dans ce rapport, il importe de distinguer le signalement, de l'atteinte et du fait ou acte. Un signalement à l'ONVS est une fiche rendant compte d'un événement. Celui-ci peut comporter un ou plusieurs types d'atteintes (aux personnes et aux biens), qui, elles-mêmes, peuvent comporter plusieurs faits ou actes de niveaux de gravité différents. Ex : un signalement d'atteinte aux personnes avec 3 personnes injuriées (niveau 1), menacées (niveau 2) et frappées à coups de poings (niveau 3) et dont l'une a été l'objet d'un vol de numéraire (niveau 1). V. détail de l'échelle de gravité des atteintes aux personnes et aux biens p. 61.

Graphique 9. Proportion des atteintes aux personnes par niveau de gravité intégrant un trouble psychique ou neuropsychique (TPN)



Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement

Tableau 4. Typologie des signalements d'atteintes aux personnes (avec indication du TPN*) par niveau de gravité

Niveau de gravité	Type d'atteintes aux personnes	2015			2016		
		Total d'actes*	Répartition des atteintes	Atteintes liées à un TPN**	Total d'actes*	Répartition des atteintes	Atteintes liées à un TPN**
1	Injures, insultes et provocations sans menace	6 550	38%	4%	8 350	37%	4%
	Chahut, occupation des locaux	982	6%	1%	2 876	13%	2%
	Droque / alcool	156	1%	0,1%	556	2%	0,1%
	Exhibition sexuelle	36	0,2%	0,1%	72	0%	0%
S/TOTAL NIVEAU 1		7 724	45%	4,4%	11 854	52%	6,6%
2	Menace physique	2 244	13%	2%	2 149	9%	1%
	Menaces de mort	721	4%	1%	941	4%	0,5%
	Violence involontaire	267	2%	1%	117	1%	0,2%
	Port d'arme	48	0,3%	0%	55	0,2%	0,04%
S/TOTAL NIVEAU 2		3 280	19%	3,8%	3 262	14%	2%
3	Violence volontaire	5 634	33%	12%	7 054	31%	11%
	Menace avec arme	215	1%	0,3%	234	1%	0,1%
	Agression sexuelle	96	1%	0,1%	96	0%	0,1%
S/TOTAL NIVEAU 3		5 945	35%	12,1%	7 384	33%	11,4%
4	Violence avec arme	116	1%	0,2%	121	1%	0,1%
	Viol	5	0,03%	0,01%	4	0,02%	0%
	Autre fait qualifié de crime	5	0,03%	0,01%	3	0,01%	0%
	Séquestration	4	0,02%	0,01%	12	0,1%	0,004%
	Prise d'otage	0		0%	1	0,0%	0%
S/TOTAL NIVEAU 4		130	0,8%	0,2%	141	1%	0,1%
TOTAL		17 079*	100%	20%	22 641*	100%	20%

Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement

* Total supérieur car plusieurs réponses possibles

**TPN : Trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli le discernement ou le contrôle des actes de l'auteur

Ce tableau présente la typologie des atteintes aux personnes par niveau de gravité. Les faits de niveau inférieur sont davantage représentés. Ils accompagnent des faits de gravité plus importante.

Les violences volontaires sont très souvent accompagnées d'injures et de chahut, ce qui explique la forte proportion des faits de niveau 1 dans ce tableau.

Comme indiqué dans le tableau 3 (p. 21), les atteintes de niveau 3, pour le fait principal, restent majoritaires.

Tableau 5. Nombre et répartition des actes d'atteintes aux personnes par ordre décroissant

Niveau de gravité	Type d'actes d'atteintes aux personnes	2015		2016	
		Total d'actes*	Répartition	Total d'actes*	Répartition
1	Injures, insultes et provocations sans menace	6 550	38%	8 350	37%
3	Violence volontaire	5 634	33%	7 054	31%
1	Chahut, occupation des locaux	982	6%	2 876	13%
2	Menace physique	2 244	13%	2 149	9%
2	Menaces de mort	721	4%	941	4%
1	Drogue / alcool	156	1%	556	2%
3	Menace avec arme	215	1%	234	1%
4	Violence avec arme	116	1%	121	1%
2	Violence involontaire	267	2%	117	1%
3	Agression sexuelle	96	1%	96	0,4%
1	Exhibition sexuelle	36	0,2%	72	0,3%
2	Port d'arme	48	0,3%	55	0,2%
4	Séquestration	4	0,02%	12	0,1%
4	Viol	5	0,03%	4	0,0%
4	Autre fait qualifié de crime	5	0,03%	3	0,0%
4	Prise d'otage	-		1	0,004%
TOTAL		17 079*	100%	22 641*	100%

Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement

*Total supérieur car plusieurs réponses possibles

Ce tableau indique de façon globale la répartition des actes d'atteintes aux personnes par ordre décroissant, violences verbales et violences physiques confondues. En précédant maintenant à la distinction des violences verbales et physiques, on retient en :

- **2015** sur 17 079 actes, 10 918 violences verbales (62%) et 6 789 violences physiques (38 %),
- **2016** sur 22 641 actes, 14 872 violences verbales (66%) et 7 769 violences physiques (34 %).

Le nombre d'actes de violences verbales est répertorié par unité ou lieu dans le **tableau 6** (pp. 26-27).
Le nombre d'actes de violences physiques est répertorié par unité ou lieu dans le **tableau 7** (pp. 28-29).
Le pourcentage de ces violences par unité ou lieu est indiqué dans le **graphique 9** (pp. 30-31).

- Certains services sont le lieu d'expression principal des violences verbales avec une escalade pouvant déboucher sur des coups. Ces situations se retrouvent notamment dans les services où l'attente du patient est forte, chargée en émotion et en angoisse (pédiatrie, urgences) ou lorsque le patient estime que la prise en charge ne correspond pas à ses besoins. En effet, les conditions d'accueil (services ponctuellement ou régulièrement surchargés, longueur de l'attente sans communication et explications suffisantes envers les patients), le manque de personnel, parfois le manque de cohésion des équipes, voire d'autorité, ou encore l'aménagement architectural intérieur des lieux inadapté constituent des facteurs de tensions supplémentaires et sont aussi générateurs de violences.¹³

Dans certains cas, on constate que **l'agressivité verbale et la violence sont les seuls modes d'expression connus des patients et de leurs accompagnants. Ces comportements asociaux sont**

¹³ Le Guide ONVS : « La prévention des atteintes aux personnes et aux biens » détaille cette analyse (v. pp. 10 à 22)
http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_onvs_-_prevention_atteintes_aux_personnes_et_aux_biens_2017-04-27.pdf

imprévisibles, difficilement gérables et source d'angoisse pour l'ensemble des personnels. La consommation d'alcool et de produits stupéfiants facilite aussi le passage à l'acte et parfois de façon très violente. Les médias s'en font régulièrement l'écho. L'agressivité verbale (comportements injurieux, incivisme), est un moyen utilisé parfois pour prendre à partie publiquement les personnels (ex. : urgences adultes ou pédiatriques) afin d'obtenir satisfaction. Les violences verbales et incivilités sont en augmentation sur les deux années. Les déclarants signalent plus de violences verbales aux urgences qu'en psychiatrie, en revanche c'est la psychiatrie qui connaît le plus fort taux de violences physiques.

- On retiendra également que les USLD/EHPAD sont en 4^e position pour le nombre de violences verbales, et en 2^e position pour les violences physiques. Les professionnels font état d'une tendance à l'augmentation de la violence chez les personnes âgées.

- Les déclarations de violences verbales et physiques en psychiatrie et en gériatrie bien que différentes dans l'expression, sont souvent liées à la pathologie des patients. À l'heure actuelle, environ 80% des patients de psychiatrie sont suivis en ambulatoire¹⁴. Parallèlement les établissements de psychiatrie accueillent un nombre croissant de personnes hospitalisées sans leur consentement, principalement des malades en crise. Si la majorité de ces malades ne sont pas dangereux, certains présentent un risque accru de violence. Les addictions à l'alcool et la toxicomanie majorent ce risque et rendent les rapports plus durs avec les professionnels. Dans ce contexte les établissements de santé mentale sont confrontés à des violences spécifiques. L'augmentation du nombre de signalements est-il dû à une différence de mentalité de génération qui n'accepte plus cette manifestation de violence et, de fait, est plus prompte à la signaler ?

- De ces visites sur sites, l'ONVS retient aussi **qu'en pédo-psychiatrie des professionnels de santé font état d'un vocabulaire ordurier et morbide de la part de certains jeunes enfants**, créant de fait un profond malaise et un véritable choc psychologique pour ces professionnels. Au sein de leur famille, il ressort qu'un manque d'autorité et de cadre est à la base de ces violences verbales. Quand l'enfant retourne chez lui, le travail des professionnels pour lui redonner un cadre et une structuration est détruit et doit être repris quand il revient dans l'établissement.

- Même si leur nombre est faible, le nombre de violences physiques et verbales augmente en gynécologie, obstétrique, maternité.

- Les violences volontaires vont de celles à mains nues (bousculade, gifle, coups de poings et de pieds) à celles avec armes, plus rares. Ces violences sont les plus signalées par les déclarants.

- Pour tous les services et activités confondus, l'utilisation d'armes est stable en 2015/2016 et relativement faible comparée aux violences volontaires sans arme. **On entend par armes celles par nature (arme à feu, arme blanche, gaz lacrymogène) mais aussi celles par destination qui sont plus fréquentes et parfois insolites** : barre de fer, bris de verre, cafetière brûlante, canne de marche, chaise, charriot de soignant, ciseaux, couverts en métal, crayon à papier, extincteur, lame de rasoir, livre, marteau brise vitre, massue en bois, pichet en métal, pied à perfusion, pied de table, pierre, pistolet à bille, plateau-repas, poubelle, stylo à bille, table, tringle de penderie, vaisselle, véhicule, etc. C'est surtout en psychiatrie et dans une moindre mesure en gériatrie que ces objets deviennent des armes.

¹⁴ Source : *Panorama des établissements de santé*, Édition 2017, DREES, p.88.
<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/es2015.pdf>

- En ce qui concerne les infractions à caractère sexuel (exhibition, agression, viol) ce sont les agressions sexuelles qui sont en hausse. Les viols sont en baisse et restent en nombre réduit. La hausse pour ces agressions sexuelles concerne surtout la psychiatrie et les ULSD/EHPAD.

**Tableau 6. Répartition par unité ou lieu du nombre et du type d'actes de violences verbales
2015**

2015	VIOLENCES VERBALES					TOTAL VIOLENCES VERBALES
	Unité ou lieu	Injures, insultes et provocations sans menace	Menace physique	Chahut, occupation des locaux	Menaces de mort	
Urgences	1 452	443	270	209	96	2 470
Psychiatrie	922	679	155	268	34	2 058
Médecine	691	175	90	40	3	999
Unité de soins	575	172	55	68	6	876
USLD / EHPAD	554	229	69	18	3	873
Autres	448	132	94	26	12	712
Chirurgie	267	62	33	14	2	378
SSR	238	85	33	13	4	373
Pédiatrie, Néonatalogie	188	51	43	10	2	294
Gynécologie, obstétrique, maternité	179	44	43	15		281
Accueil, standard	150	22	35	7	4	218
Extérieur établissement (sous-sol, jardin, parking)	78	30	37	15	4	164
UHCD / UHTCD	109	33	8	6	3	159
Réanimation	69	21	14	13	1	118
Radiologie	93	13	9	1		116
Addictologie	55	24	15	9	3	106
Gériatrie court séjour	59	20	13	2		94
Rééducation	59	15	5	2		81
Bloc opératoire	62	8	6	1	1	78
UMD	28	29	6	7		70
Centre Médico-Psychologique	28	14	7	9		58
SSIAD / domicile du patient	48	5				53
Hôpital de jour	35	2	3	3		43
Services techniques, sécurité	22	5	4	2	2	35
Accueil Mère-Enfant	14	5	4	4	1	28
UCSA	15	5	2	4		26
Laboratoire	16	2	1			19
CATTP	10	5	1	3		19
Pharmacie	13	3	1	1		18
Foyer d'enfance / Adolescents	11	2	1	2		16
Bureau du personnel	9	3	2		1	15
Alcoologie	9	3	1	1	1	15
UHSA	1	7	1	4		13
Centre de détention	6	2	1	2		11
Vestiaires	6	2	2			10
Dépôt mortuaire	5	3	2			10
Unité Médico-Judiciaire	3	1	1			5
Magasins	2	1	1			4
UHSI		1				1
Polyhandicapés				1		1
TOTAL GÉNÉRAL	6 529	2 358	1 068	780	183	10 918

Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement

**Répartition par unité ou lieu du nombre et du type d'actes de violences verbales
2016**

2016	VIOLENCES VERBALES					
	Unité ou lieu	injures, insultes et provocations sans menace	Menace physique	Chahut, occupation des locaux	Menaces de mort	Drogue Alcool
Urgences	1 684	438	605	278	304	3 309
Psychiatrie	1 261	581	523	279	78	2 722
Médecine	917	152	253	50	30	1 402
Unité de soins	699	161	251	80	26	1 217
USLD / EHPAD	743	191	244	22	13	1 213
Autres	561	101	186	32	12	892
SSR	340	69	90	10	2	511
Chirurgie	345	61	82	21	2	511
Gynécologie, obstétrique, maternité	231	40	98	20	17	406
Pédiatrie, Néonatalogie	219	44	90	19	8	380
UHCD / UHTCD	127	75	26	11	16	255
Accueil, standard	147	12	56	10	11	236
Gériatrie court séjour	113	39	47	8	2	209
Réanimation	113	19	24	15	4	175
Extérieur établissement (s/sol, jardin, parking)	76	24	49	9	6	164
Radiologie	113	7	27	4	4	155
CMP	49	21	31	9	6	116
Rééducation	87	6	12	6		111
Addictologie	54	13	21	6	10	104
Hôpital de jour	51	11	33	5		100
Accueil Mère-Enfant	36	12	24	7	2	81
Non précisé	43	9	22	4	1	79
Bloc opératoire	58	4	10	2		74
Services techniques, sécurité	39	11	5	4		59
SSIAD / domicile du patient	39	4	2	2		47
UMD	19	7	11	4		41
UHSA	18	8	7	5		38
Foyer d'enfance / Adolescents	20	3	9			32
Polyhandicapés	18	3	7	1		29
UCSA	18	7	1	1		27
Centre de détention	15	2	4	5		26
Laboratoire	18	3	4	1		26
CATTP	15	3	4	2		24
Bureau du personnel	17	3	1	3		24
Pharmacie	15		2	1		18
Dépôt mortuaire	9		5	2		16
Alcoologie	7	2	1	1	2	13
Maison d'Accueil Spécialisée	4	1	4			9
Vestiaires	6		2	1		9
Magasins	2	1	3			6
UHSI	2	1		1		4
UMJ	2					2
TOTAL GÉNÉRAL	8 350	2 149	2 876	941	556	14 872

Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement

**Tableau 7. Répartition par unité ou lieu du nombre et du type d'actes de violences physiques
2015**

2015	VIOLENCES PHYSIQUES											TOTAL VIOLENCES PHYSIQUES
Unité ou lieu	Viol	Séquestration	Autre fait qualifié de crime	Prise d'otage	Violence volontaire	Exhibition sexuelle	Violence avec arme	Port d'arme	Menace avec arme	Violence involontaire	Agression sexuelle	
Psychiatrie	3		1		2 111	9	44	14	87	72	28	2 369
USLD / EHPAD	1	1			1 115	7	12	2	20	63	21	1 242
Urgences			1		591	9	16	15	32	26	1	691
Unité de soins	2				442	1	8	4	18	17	12	504
Médecine	1				386	4	10	2	14	22	4	443
SSR					284	2	3		5	14	3	311
Autres			1		174	3	5	1	10	10	6	210
Gériatrie court séj.					150	1			4	4	5	164
Chirurgie					93	1	5	2	1	4		106
UHCD / UHTCD					53		2	1	1	39		96
UMD					87		1		1	3		92
Pédiatrie, néonat.					61	1	2	2	3	2		71
Ext. établis.					48		7	1	9		5	70
Foyer d'enf./Ado					55		2		2	1		60
Hôpital de jour					55		1	1		2		59
Réanimation					39			1	3	2	1	46
SSIAD		2			22			1		2	10	37
Rééducation					30					2		32
Gynéco/obst/mater.			2		20				3	1	2	28
Accueil, standard					21	2	1		1	1		26
Polyhandicapés					17		1	1			1	20
Addictologie		1			12		2	1	1			17
Radiologie					15			1	1			17
CMP					12				2	2		16
Services tech, sécu.					13		1				1	15
CATTP					10				3			13
Bloc opératoire					8					2		10
Accueil Mère-Enf.					5				1	1		7
Bureau personnel					1			1	1			3
Vestiaires					2							2
Centre détention					2							2
Alcoologie					2							2
Pharmacie					2							2
Laboratoire					2							2
Magasins					1							1
Dépôt mortuaire					1							1
UHSA					1							1
UCSA					1							1
UHSI												0
UMJ												0
TOTAL GÉNÉRAL	7	4	5	0	5 944	40	123	51	223	292	100	6 789

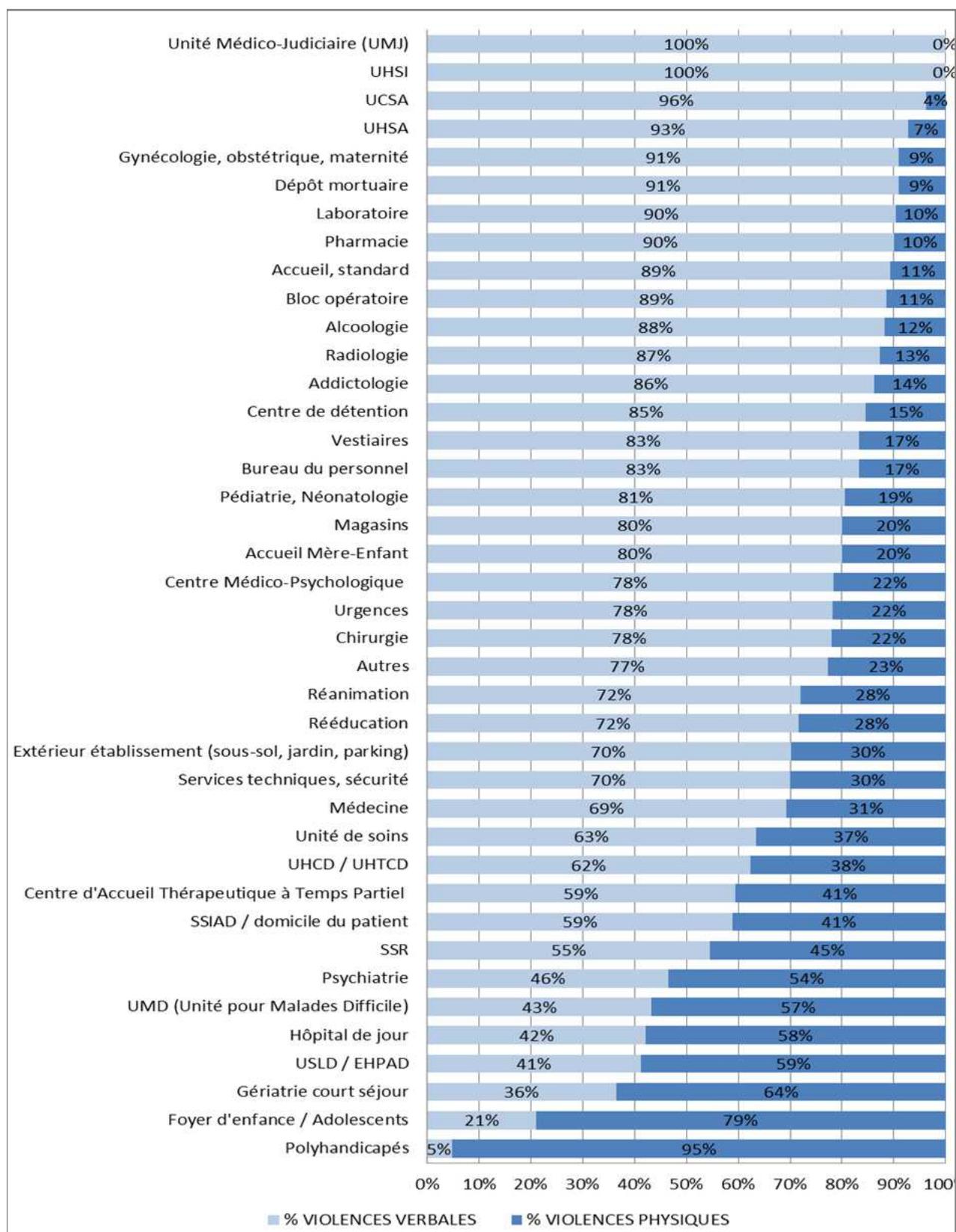
Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement

Répartition par unité ou lieu du nombre et du type d'actes de violences physiques
2016

2016	VIOLENCES PHYSIQUES											
Unité ou lieu	Viol	Séquestration	Autre fait qualifié de crime	Prise d'otage	Violence volontaire	Exhibition sexuelle	Violence avec arme	Port d'arme	Menace avec arme	Violence involontaire	Agression sexuelle	TOTAL VIOLENCES PHYSIQUES
Psychiatrie	3	5	1		2 234	20	34	14	62	32	26	2 431
USLD / EHPAD		1			1 451	12	13	3	22	20	18	1 540
Urgences		3			695	5	17	13	24	13	5	775
Unité de soins	1				476	10	9	2	25	9	6	538
SSR			1		473	1	3		15	3	2	498
Médecine		1	1		405	6	6	5	22	2	11	459
Autres		1			298	1	17	5	13	9	8	352
Gériatrie court séj.					201	3	2		6	2		214
UMD					96	1		1	1	1	1	101
Pédiatrie, néonatal.					91	1	1	1	3	2		99
Chirurgie					88			1	4	3	3	99
Polyhandicapés					77						2	79
Extérieur établis.					47	3	5	3	10	5	5	78
Réanimation					55	2	1		1	3		62
Hôpital de jour					53	1	2	1	3		1	61
UHCD / UHTCD					40		1	2	4	2	1	50
Foyer d'enf. / Ado					34	1	2		1	1		39
Gynéco/obst/mater.					32		1		2			35
CMP				1	22		2	2	5	1		33
SSIAD					19	3			1	2	4	29
Accueil, standard					20		1		2	1	2	26
Radiologie					23			1		1		25
Non précisé					23	1				1		25
Rééducation					21							21
Services tech, sécu.					14		1		2			17
Bloc opératoire					11		1		1		1	14
Addictologie					8		1		2	2		13
Accueil Mère-Enf.					9				1	1		11
UHSA					8		1		1			10
UCSA					9							9
Centre détention					7			1				8
MAS					4					1		5
CATTP					4				1			5
Laboratoire					2							2
UMJ		1										1
UHSI						1						1
Vestiaires					1							1
Dépôt mortuaire					1							1
Pharmacie					1							1
Bureau du perso.					1							1
Alcoologie												0
Magasins												0
TOTAL GÉNÉRAL	4	12	3	1	7 054	72	121	55	234	117	96	7 769

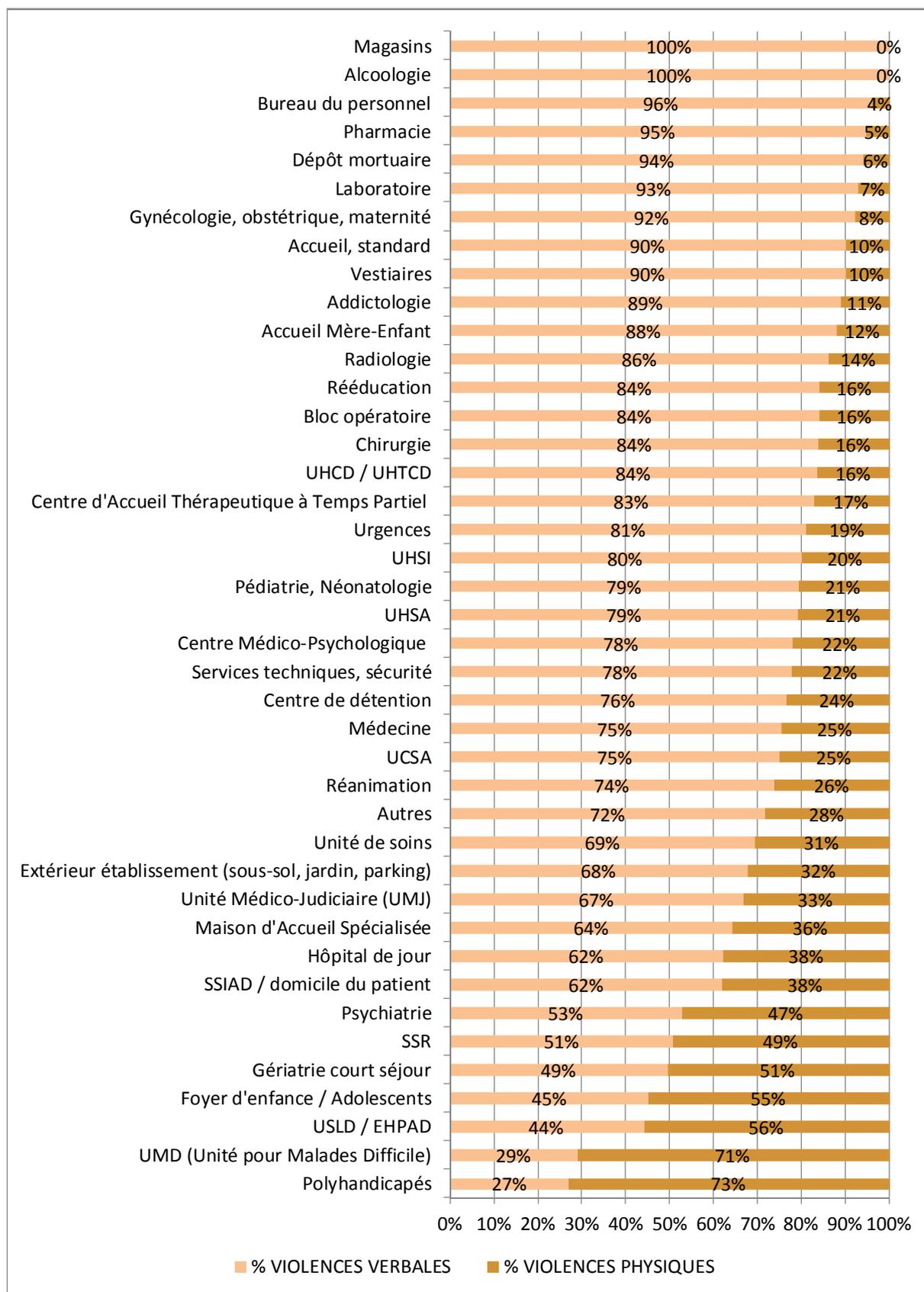
Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement

Graphique 10. Répartition des signalements de violences verbales et de violences physiques par unité ou lieu (2015)



Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement

Répartition des signalements de violences verbales et de violences physiques par unité ou lieu (2016)



Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement

I.5 Les atteintes aux biens

- En 2015, 4 050 signalements d'atteintes aux biens ont été déclarés sur le site de l'ONVS.
- En 2016, 4 197 signalements d'atteintes aux biens ont été déclarés sur le site de l'ONVS.

En 2015, comme en 2016, contrairement aux atteintes aux personnes, le niveau 1 (dégradations légères, vols sans effraction) domine largement sur les niveaux 2 (vols avec effraction) et 3 (dégradation de matériel de valeur, incendie, vols à main armée ou en réunion). On constate une légère baisse pour les faits de niveau 2 et 3 en 2016.

2015 :

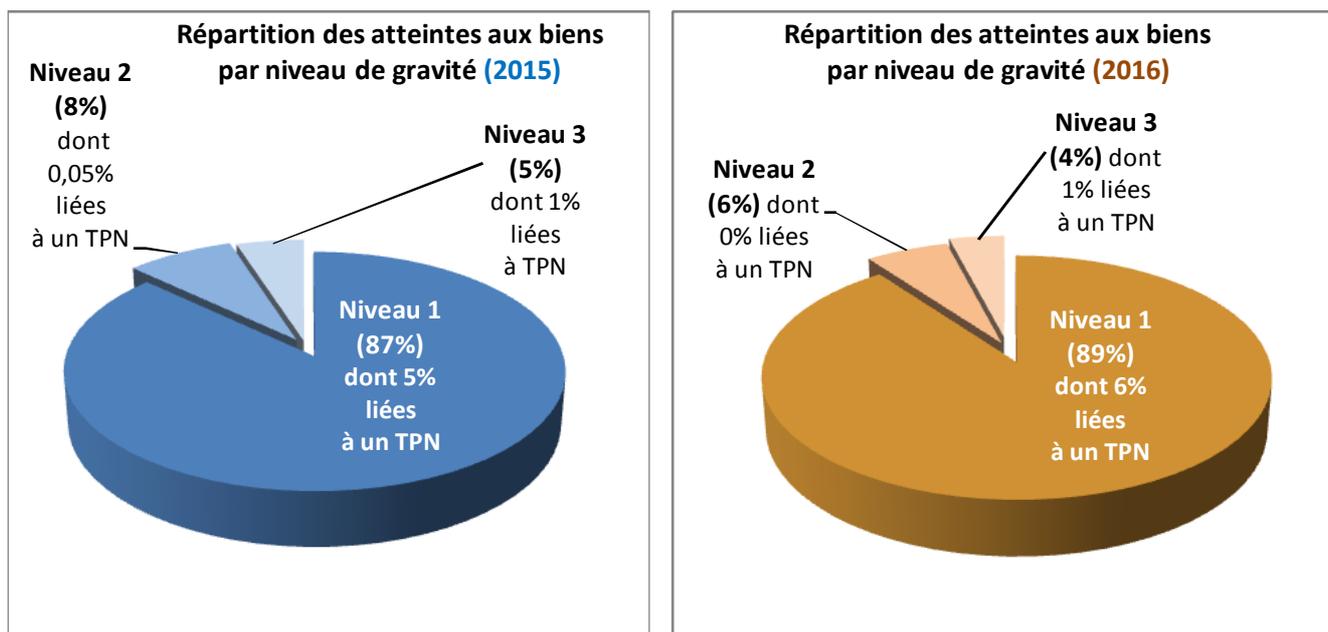
- 3 534 signalements de niveau 1
- 335 signalements de niveau 2
- 181 signalements de niveau 3

2016 :

- 3 755 signalements de niveau 1
- 265 signalements de niveau 2
- 177 signalements de niveau 3

Concernant les faits dus à une pathologie, ils sont majoritairement d'une gravité faible (niveau 1). Il s'agit, la plupart du temps de dégradations légères. Les faits les plus graves sont davantage commis en secteur de psychiatrie (dégradations par incendie par exemple).

Graphique 11. Répartition des signalements d'atteintes aux biens selon la gravité



Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement

Tableau 8. Typologie des signalements d'atteintes aux biens

Niveau de gravité	Type d'atteintes aux biens	2015 (sur la base de 4 050 signalements)			2016 (sur la base de 4 197 signalements)		
		Total d'actes*	Répartition des atteintes	Atteintes liées à un TPN**	Total d'actes*	Répartition des atteintes	Atteintes liées à un TPN**
1	Vol sans effraction	2 254	52%	0,1%	2 231	50%	0%
	Dégradation légère	696	16%	2,7%	985	22%	4%
	Dégradation de locaux	611	14%	2,7%	580	13%	2,2%
	Dégradation de véhicule	257	6%	0,1%	232	5%	0,0%
	Tags, graffitis	33	1%	0,0%	32	1%	0%
S/TOTAL NIVEAU 1		3 851	88%	5,6%	4 060	91%	6,1%
2	Vol avec effraction	318	7%	0,1%	232	5%	0%
S/TOTAL NIVEAU 2		318	7%	0,1%	232	5%	0%
3	Dégradation de matériel	137	3%	0,4%	118	3%	0%
	Incendie volontaire	38	1%	0,1%	55	1%	0,1%
	Vol à main armée	12	0%	0%	4	0%	0%
S/TOTAL NIVEAU 3		187	4%	0,6%	177	4%	0,6%
TOTAL		4 356*	100%	6%	4 469*	100%	7%

Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement

*Total supérieur car plusieurs réponses possibles

** Répartition des atteintes aux personnes selon la cause principale du fait déclaré

Les vols sans effraction, les dégradations légères et les dégradations de locaux sont les plus constatés tant en 2015 qu'en 2016. La majorité des vols commis sans effraction affectent le personnel et se produit souvent par défaut de vigilance collective dans les bureaux, les vestiaires ou les véhicules.¹⁵

Tableau 9. Répartition des signalements d'atteintes aux biens

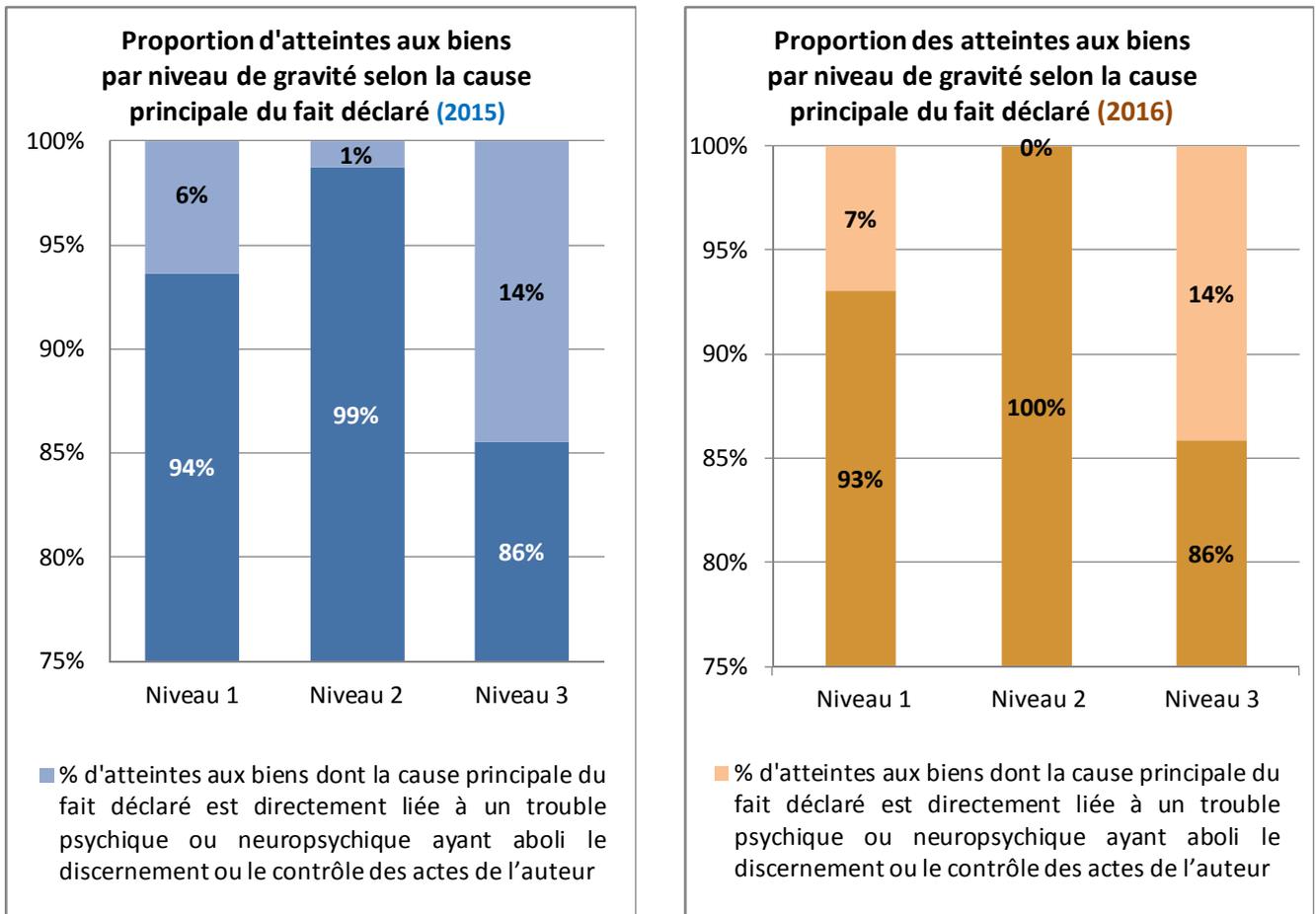
Niveau de gravité	Type d'atteintes aux biens	2015 (sur la base de 4 050 signalements)		2016 (sur la base de 4 197 signalements)	
		Total d'actes*	Répartition des atteintes	Total d'actes*	Répartition des atteintes
1	Vol sans effraction	2 254	52%	2 231	50%
1	Dégradation légère	696	16%	985	22%
1	Dégradations de locaux	611	14%	580	13%
1	Dégradation de véhicule	257	6%	232	5%
2	Vol avec effraction	318	7%	232	5%
3	Dégradations de matériel de valeur	137	3%	118	3%
3	Incendie volontaire	38	1%	55	1%
1	Tags, graffitis	33	1%	32	1%
3	Vol à main armée	12	0%	4	0%
TOTAL		4 356*	100%	4 469*	100%

Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement

*Total supérieur car plusieurs réponses possibles

¹⁵ Ce manque de vigilance, voire cette négligence, facilite toute sorte de vols dont des trafics internationaux de matériel médical particulièrement onéreux (ex. : les clés d'un local fermé à clé contenant des échographes sont simplement placés sous la banque d'accueil du service des urgences, elles-mêmes placées dans une boîte à clés non fermée à clé). Une prévention humaine basique avec parfois des moyens techniques simples permettrait de réduire ces trafics et les vols sans effraction.

Graphique 12. Proportions d'atteintes aux biens en fonction du trouble psychique ou neuropsychique



Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement

FOCUS sur les services de psychiatrie ¹⁶

La psychiatrie recense à elle seule 25% en 2015 et 23% en 2016 de l'ensemble des atteintes aux personnes. 54% en 2015 et 47% en 2016 des atteintes aux personnes en psychiatrie sont des violences physiques (v. tableaux 6 et 7 pp. 26 à 29) au cours desquelles le personnel hospitalier est victime dans plus de 8 cas sur 10. Il s'agit d'un secteur où le personnel est particulièrement exposé aux agressions physiques avec ou sans arme, aux menaces et aux abus verbaux. Le plus souvent les atteintes sont liées à la pathologie des patients.

- « À 14h30, M. X vient taper à la porte de la salle de soin afin d'avoir un entretien avec une IDE. Nous lui répondons que dans l'immédiat ce ne sera pas possible, car nous sommes tous occupés, mais en lui précisant que celui-ci pouvait être différé ; répond violemment "je m'en fous, je ne veux pas rester ici, je veux aller à T. même si je suis enfermé" et donne des coups de pieds dans la porte. Agressif envers l'IDE, a levé le poing. Regard menaçant. Intervention d'un autre soignant qui s'est interposé et a pu le maîtriser en le mettant à terre. Renfort de toute l'équipe et DATI activé. Il nous fait remarquer qu'il n'a peur de personne pas plus du Dr H. qui le suit. Dit ensuite qu'il va fumer une cigarette au fumoir comme si de rien n'était. »
- « Service de Gérontopsychiatrie / Couloir du service / Au moment de servir le petit-déjeuner, dans le couloir, le patient se trouvant à côté de moi m'a volontairement donné un coup de poing au visage, sans raisons particulières. »
- « Un patient a saisi les cheveux d'un soignant dans le bureau des soignants. Intervention des deux autres soignants pour lui faire lâcher prise. Est contenu physiquement et essaie de porter des coups aux soignants. »

Il apparaît clairement, au regard des signalements recueillis et des visites effectuées, que le seuil de tolérance est différent selon les individus, le type de violences exercées, l'ancienneté dans le service, la composition et la cohésion des équipes, les établissements ou les régions.

Dans ce secteur, les équipes soignantes sont confrontées à de très fréquents moments de violence. Agressions verbales et/ou physiques, elles ne sont pas toujours prévisibles et les remontées assez importantes dans cette activité montrent un personnel conscient de la particularité de cette matière, mais également de leur exposition et de leur vulnérabilité. Elles savent faire preuve de vigilance face à divers types de dangers auxquels elles-mêmes mais aussi les patients peuvent être confrontés.

¹⁶ « La psychiatrie présente des caractéristiques spécifiques par rapport aux autres disciplines médicales : faible place des actes techniques, nombreuses structures extrahospitalières, prises en charge récurrentes et diversifiées, etc. L'offre de soins en établissements de santé se structure autour de trois types de prise en charge : à temps complet, à temps partiel et ambulatoire. La prise en charge à temps complet s'appuie essentiellement sur les 57 000 lits d'hospitalisation à temps plein, celle à temps partiel sur les 29 000 places d'accueil en hôpital de jour ou de nuit. La prise en charge ambulatoire, réalisée majoritairement en centre médico-psychologique, est la plus courante. »

« Les patients en psychiatrie sont le plus souvent traités dans le cadre d'une prise en charge ambulatoire : 80 % des patients reçus au moins une fois dans l'année sont pris en charge exclusivement sous cette forme. En 2015, plus de 21 millions d'actes ont ainsi été réalisés, notamment dans les 3 700 unités de consultation et centres médico-psychologiques, considérés comme les pivots du dispositif ambulatoire. Les équipes de psychiatrie interviennent également dans d'autres lieux que les CMP. Ainsi, 14 % des actes sont réalisés dans les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel, 7 % à domicile ou en institutions substitutives au domicile, 5 % en unités d'hospitalisation somatique et 3 % en établissements sociaux, médico-sociaux, ou encore en milieu scolaire ou en centres de protection maternelle et infantile (PMI). »

Source : Panorama des établissements de santé, Édition 2017, p. 88, DREES.

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/es2015.pdf>

- « Lors de la surveillance somatique d'un patient à la fin de l'entretien, celui-ci remet spontanément une lame de rasoir qu'il avait cachée et avoue avoir des tendances suicidaires. »
- « Le patient frappe à la porte de la salle de soins. Quand je lui ouvre, essaye de me mettre une claque au visage. Coup évité en interceptant son bras. Intervention de patients et soignants pour le raccompagner en chambre. »
- « Un ado a saisi, sans raison, un autre ado, lui a attrapé les cheveux puis lui a donné un coup de pied au visage alors qu'il était à terre. »

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

- « Une aide-soignante se trouvait dans le jardin de l'unité avec deux collègues infirmières lorsqu'un patient s'est rendu dans sa chambre et a pris la tringle de sa penderie qu'il avait démontée. Il est sorti et s'est dirigé vers la soignante en passant devant les deux autres personnes. Il s'est mis à la frapper avec la barre en métal de façon violente à de multiples reprises. »
- « X a tout d'abord violemment frappé un patient dans le dos, puis m'a frappée violemment sur la tête (faisant au passage voler mes lunettes et une boucle d'oreille), pour s'en prendre ensuite à mon collègue infirmier. Alerte donnée par une collègue, patient contenu puis accompagné en chambre. Patient coutumier de ce genre d'agression, sans prodrome particulier. »
- « J'ai été agressé verbalement de nombreuses fois ce jour-là par un enfant dont je n'avais pas la charge mais qui déambulait dans le service en faisant sa loi et en faisant régner la terreur sur son passage. J'ai subi maintes fois des intimidations et été agressé physiquement sur les avants bras en me protégeant. J'estime aussi avoir été agressé moralement. »
- « Patient agité qui jette un banc sur la porte de sortie d'urgence du service et fugue. PTI enclenché. Pendant ce temps, gestion d'une altercation avec échange de coups entre 2 patients nécessitant d'être maîtrisés. »
- « En milieu d'après-midi, un patient mineur hospitalisé en HL, a suivi un autre patient et sont allés tous les 2 en ville alors que les sorties leurs sont interdites. Deux de nos collègues sont allés avec le véhicule de secteur, chercher les patients. A leur retour et sous prescription médicale, nous mettons en place la mise en isolement. Le patient refusant d'aller en chambre, menace de nous frapper. Malgré un temps de négociation, passage hétéro agressif sur soignants. Appel à renforts avec le DATI et mise en contention par 4. Dans la mise en contention, un infirmier s'est fait déchirer son pull, un aide-soignant s'est pris un coup dans le nez sans exposition au sang ainsi qu'un autre infirmier. Le patient quant à lui, durant l'intervention a cassé ses lunettes. »
- **En 2015**, 3 362 signalements ont été déclarés en psychiatrie pour 3 114 atteintes aux personnes et 468 atteintes aux biens (des faits peuvent regrouper cumulativement les deux atteintes).
- **En 2016**, 3 490 signalements ont été déclarés en psychiatrie pour 3 288 atteintes aux personnes et 512 atteintes aux biens (des faits peuvent regrouper cumulativement les deux atteintes).

- « Une patiente est vue en entretien par le médecin psychiatre référent de l'unité suite à un comportement inadapté avec l'équipe soignante le matin du (...). Lors de l'entretien, la patiente nie les faits, tape du poing sur la table, devient verbalement agressive, éjecte le matériel présent sur le bureau puis s'en prend physiquement au médecin. Une fois canalisée par l'équipe soignante, tient des propos insultants à connotation raciste à l'encontre du médecin. »

- « Une patiente complètement dépendante installée dans un fauteuil coquille dans le grand salon TV poussait des petits cris dans un contexte d'agitation anxieuse. Un autre patient ne supportant pas ses cris s'est jeté sur elle en la giflant et lui tirant les cheveux. Rapidement intervenue : ce patient m'a menacée du poing en m'insultant++. A finalement accepté d'aller dans sa chambre mais a claqué et a donné des coups tellement fort dans la porte qu'il l'a cassée et celle-ci ne tenait plus que sur un gond. »

- « Patiente de 21 ans venue tous les soirs en service de consultations psychiatriques sur cette semaine. Agitation +++ sur prise en charge, insultes ++, menaces verbales et physiques ; menaces de mort sur le personnel, tentatives de coups avec sa canne sur le personnel. Subtilise le téléphone du médecin senior et le jette à terre (téléphone DATI hors d'usage). Poursuite de la patiente à l'extérieur du bâtiment pour prise en charge. Patiente menaçante de geste hétéro agressif + auto-agressif. »

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

Les repas collectifs, rapprochant des patients ayant des pathologies parfois différentes, conjugués avec la distribution des traitements, ou encore le moment des transmissions entre deux équipes soignantes, sont propices à des agressions physiques entre patients, car ces derniers savent que la surveillance est moindre.

- « Au moment du repas de midi, un patient donne un coup de couteau dans le dos d'une autre patiente. Pas de blessures apparentes mais choquée. »

- « Sans raison apparente M. X s'énerve ++ après le repas du soir, il bouscule violemment le chariot et casse plusieurs verres. Il tente d'agresser un soignant dans son accès de violence. En sortant du service après avoir signé sa sortie sur décharge, il jette violemment l'extincteur sur un soignant. Perturbation de l'organisation du service (repas, coucher). Plusieurs patients perturbés, expriment un sentiment de peur. »

- « Depuis quelques jours, un patient polyhandicapé ne cesse de jeter les chaises et les fauteuils en bois sur le sol. Il devient dangereux pour la population de patients âgés. Certains patients marchent difficilement et il risque à tout moment de les faire tomber ou de leur faire mal. Hier, le patient a jeté une chaise au moment du repas qui a heurté la jambe d'un soignant. Aujourd'hui, il a jeté violemment au sol toutes les chaises du salon. Les patients ont peur. Ils ne sont jamais tranquilles. Nous avons des patients dépressifs et suicidaires qui, à cause de lui, ne peuvent pas se reposer et risquent de passer à l'acte car ils n'en peuvent plus. Ils ne le supportent plus... »

● REMARQUE : Déposer plainte ou non contre un patient violent en psychiatrie ?

L'ONVS constate que lorsque des faits graves sont commis sur les personnels de santé avec parfois des blessures physiques importantes assorties de retentissements psychiques graves, il y a une gêne avérée à déposer plainte. Est-ce dû à la forte empathie naturelle du soignant vis-à-vis du patient, ou encore à considérer que le diagnostic médical posé par le médecin psychiatre traitant de l'établissement a conclu à un TPN qui vaudrait, de fait, une irresponsabilité pénale pour les faits commis, ou enfin, à considérer que les coups donnés par le patient font partie de sa thérapie ?

Certains professionnels de la psychiatrie affirment que « *la loi du dehors doit entrer à l'hôpital psychiatrique* ». Et en réalité, il est nécessaire de rappeler que c'est effectivement lors de la phase d'enquête que la justice, et elle seule, déterminera par le biais d'une expertise médicale une abolition ou non du discernement de l'auteur.¹⁷ Il arrive d'ailleurs qu'une condamnation soit prononcée à l'encontre d'un patient suivi en psychiatrie même si un expert a constaté une altération de son discernement. Le sujet est donc délicat et ce n'est bien évidemment qu'au cas par cas que tout cela doit être examiné.

L'ONVS relève également que les avis sont partagés parmi les personnels. À côté de ceux qui accordent de toute façon une irresponsabilité pénale aux patients ou de ceux qui pensent que ça ne sert à rien de déposer plainte, d'autres expriment une peur réelle ou supposée de représailles s'ils déposent plainte, d'autres considèrent encore que c'est à partir du moment où le patient s'en prend à leur vie privée qu'ils seront fondés à déposer plainte pour se protéger (ex. : délire érotomaniaque, harcèlement du soignant...), voire protéger leur famille, d'autres enfin ne le feront que s'ils subissent des blessures graves.¹⁸

Se pose alors la question de la relation soignant-patient : comment gérer le rapport d'autorité ou de force quand le soignant comprend que le patient le manipule dans le cadre de sa pathologie ? Comme l'expriment encore certains professionnels du milieu psychiatrique, « *il faut toujours parler à la partie saine de l'individu* ». On notera l'exemple d'un professionnel de santé qui, le lendemain d'un très violent coup reçu, est allé voir le patient pour lui faire comprendre qu'il n'avait pas peur de lui et que ce comportement n'était pas admissible. Certains professionnels pensent aussi que la sanction pénale peut très bien participer de la thérapie au sens où le patient est « recadré » par la décision de justice. C'est un moyen efficace de lui faire comprendre les limites qu'il ne doit pas dépasser.

Quoi qu'il en soit, ces actes de violence sont loin d'être anodins car, avec les insultes et les menaces répétitives parfois quotidiennes, ils usent physiquement et psychiquement les personnels qui en sont victimes. Au-delà du dépôt de plainte pour celui qui a été personnellement victime de l'infraction, il est évident qu'une forte cohésion des équipes et un fort soutien de l'encadrement à tous les niveaux s'imposent pour permettre à tous d'accomplir leur mission de soins dans les meilleures conditions et pour le bien des patients. Une des réponses dans ce soutien, comme l'ONVS a pu le constater dans certains établissements psychiatriques, consiste aussi pour la DRH à proposer une mobilité au sein des diverses structures de leur établissement pour éviter que le professionnel reste toujours au même endroit avec les risques inhérents que cela peut engendrer et la démotivation qui peut s'ensuivre.

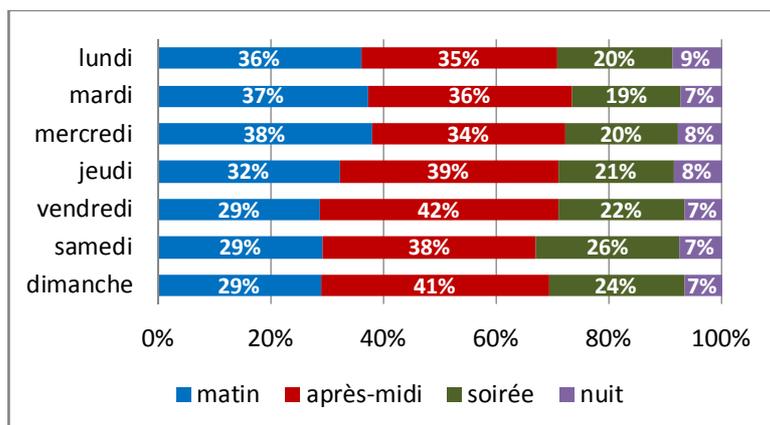
¹⁷ Pour exemple d'une plainte suivie d'une condamnation pénale, on citera cet établissement public de santé mentale où 7 personnels (médecin, infirmier, éducateur, personnel administratif) ont été séquestrés avec menaces avec arme, violences volontaires et vol de numéraire par un patient, lequel avait déjà fait l'objet d'une hospitalisation (SPDRE). Étant suivi dans un EPSM d'un autre département, il exigeait depuis un certain temps d'être suivi par les soignants de cet établissement et était revenu plusieurs fois demander avec insistance ce suivi délocalisé. Seules 3 des 7 victimes ont déposé plainte pour ces faits. La justice, après expertise médicale, a conclu à la responsabilité pénale de l'auteur, lequel a été condamné à 18 mois de prison, dont 12 fermes, avec interdiction d'entrer en contact avec l'équipe de soins durant 1 an. En l'espèce, le patient ne s'en est pas pris à la vie privée des personnels.

¹⁸ Sur l'importance de prendre en compte le retentissement psychologique et l'ITT psychologique, v. Guide ONVS p. 60, qui, entre autres, cite les recommandations de la HAS à ce sujet.
http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_onvs_-_prevention_atteintes_aux_personnes_et_aux_biens_2017-04-27.pdf

Tableau 10. et graphique 13. des violences en psychiatrie selon le moment de la journée

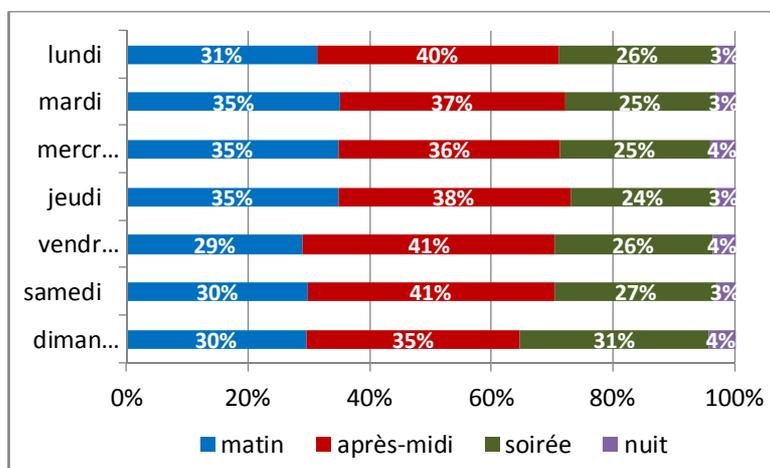
2015

	matin	après-midi	soirée	nuite	total
Lundi	179	173	102	44	498
Mardi	177	172	91	35	475
Mercredi	168	152	89	34	454
Jeudi	146	176	94	38	454
Vendredi	134	198	104	31	467
Samedi	122	158	107	31	418
Dimanche	129	182	107	30	448
TOTAL GÉNÉRAL	1 055	1 211	694	243	3 203



	matin	après-midi	soirée	nuite	total
Lundi	151	192	125	15	483
Mardi	161	171	113	15	460
mercredi	180	189	128	21	518
Jeudi	177	195	121	17	510
Vendredi	132	189	118	17	456
Samedi	136	186	122	14	458
Dimanche	131	156	138	19	444
TOTAL GÉNÉRAL	1 068	1 278	865	118	3 329

2016



Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement

FOCUS sur les services de gériatrie – USLD/EHPAD – Gériatrie court séjour

Les unités de soins de longue durée (USLD) et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) font remonter un nombre de signalements importants (1 556 en 2015 et 1 981 en 2016). Ces signalements concernent majoritairement des atteintes aux personnes (96 % pour les deux années) qui se décomposent en 2015 en 41% de violences verbales et 59% des violences physiques, et en 2016 à 44%/56%. Ces violences sont dues le plus souvent à la pathologie des patients.

À ces signalements, il convient d'ajouter ceux des services de gériatrie court séjour : 249 en 2015 et 301 en 2016, avec une répartition de violences verbales et physiques de 36%/64% en 2015 et 49%/51% en 2016. (V. tableaux 6 et 7 pp. 26 à 29).

Violences verbales et physiques envers le personnel (majorité), entre patients ou avec la famille (incluant parfois la gestion larvée ou au grand-jour de conflits intrafamiliaux),¹⁹ les causes de violences sont multiples et demandent professionnalisme, tact, et une grande cohésion au sein de ces unités pour les gérer et revenir au calme. Les répercussions sur les personnes âgées victimes de violences par d'autres patients sont fortes, surtout en cas de violences verbales très agressives (propos orduriers, racistes...) et/ou de violences physiques graves ou répétitives.

- *« Un résident a injurié et violenté des membres du personnel à plusieurs reprises pendant le repas. Il a pris le pain de son voisin de table d'une façon sévère. »*
- *« Lors des soins d'hygiène du matin, violence physique de la part d'un résident sur une infirmière et 3 aides-soignantes (coups de pieds et coups de poings). Résident ayant des troubles cognitifs. »*
- *« Le fils d'une résidente nous téléphone tous les jours (depuis le 14/06) même quand il est présent sur la structure. Dimanche 19 juin, à 18h45, je vais dans la chambre de sa maman accompagnée d'une AS pour lui apporter son repas, le fils est présent, je lui demande de sortir. Il commence à partir dans des propos virulents car me dit y avoir des choses par terre et que c'est inacceptable. Je lui réponds que je dois m'occuper de sa maman. De là il se rapproche de moi en haussant encore plus le ton, essaye de lire mon nom de famille, en me disant que de toute façon il allait me téléphoner plusieurs fois (nous regardons par terre, il y a une pâte crue...) Effectivement à 19h, ce monsieur m'appelle 3 fois de suite, en me disant bien qu'il me l'avait dit. Au 3ème appel je lui dit que je vais prévenir la direction de l'hôpital. Je contacte l'administrateur de garde pour l'informer de la situation. Ceci fait plusieurs jours depuis que sa maman a été hospitalisée qu'il recommence à nous harceler; nous passons donc une grande partie de notre temps à lui répondre, à tout retranscrire dans les transmissions, sans parler de l'inconfort que nous avons sur notre poste. »*
- *« Dans une même journée, résidente très énervée, agitée tape son mari, a violemment frappé l'aide-soignante au bras gauche, a griffé une autre aide-soignante au bras droit, et a donné des coups de poing. »*
- *« Un résident m'a frappé à plusieurs reprises au visage lors de son coucher. J'ai reçu 2 coups de pieds dans la mâchoire et sur la tempe droite. »*

¹⁹ Parmi les conflits intrafamiliaux, il existe celui autour du parent âgé en raison parfois de questions financières (héritage, prise en charge financière du séjour) qui peuvent amener les descendants à ne pas s'affronter directement mais par l'intermédiaire des personnels de santé avec, comme conséquence, de les menacer parfois de poursuites judiciaires pour maltraitance et défaut de soins sur le parent âgé. L'injustice de l'accusation ajoutée à la raison mercantile du conflit crée une véritable violence psychologique. Un autre style de conflit peut être dû au fait pour les familles de devoir placer en maison de retraite leur parent âgé (impossibilité pour eux de pouvoir continuer à s'en occuper). Il arrive que cette culpabilité (sentiment d'impuissance et d'abandon) conduise à une attitude de harcèlement envers le personnel qui peut se traduire, entre autres, par une critique de la prise en charge du parent sur des multiples petits détails et dans sa globalité.

- « À l'arrivée de l'IDE dans le service, le matin, un résident vient lui serrer la main avec un grand sourire. Elle se retourne pour partir et là, il la frappe avec ses poings dans le dos. Vers 10 h, une résidente hurle dans sa chambre. L'IDE arrive dans la chambre et voit le même résident porter des coups au visage de cette résidente. L'IDE est entré et a essayé de les séparer. À trois personnes, ils ont réussi à l'immobiliser en attendant l'arrivée du médecin et d'une autre infirmière. Ce résident a donné des coups aux soignants, dès le matin. »
- « Une résidente gifle une AS qui tente de la retenir pour éviter une fugue. »
- « Depuis son arrivé dans le service, M. X a un comportement non adapté envers l'équipe soignante (transmission écrite en dossier soin) : insultes, coups, propos racistes et refuse les soins. Ce jour M. X était dans la salle de bain quand je suis arrivée pour lui faire sa toilette quotidienne. Je lui propose de lui faire celle-ci dans la salle de bain. M. X refuse et me donne un coup de poing dans le bras pour me faire sortir. J'essaie de lui expliquer l'avantage de pratiquer les soins à faire dans la salle de bain il s'oppose en m'insultant de sale garce et de sale p... en insistant sur les mêmes propos ! Je refuse donc ce jour de faire sa toilette par peur de sa violence ! »
- « Le patient a pris l'extincteur et a aspergé les résidents pendant le repas. »
- « M. X. résident, auteur de nombreux signalements d'actes de violence, est actuellement ingérable dans sa prise en charge quotidienne au moment du nursing, des transferts lit-fauteuil, de la prise en charge de son traitement oral et de son contact avec les autres résidents. Il manifeste des moments de grande agressivité physique, porte des coups à tous ceux qui l'approchent, comme ce matin où il a tordu le poignet de 2 AS, donner un coup de poing au visage de l'IDE venue en renfort, et ce malgré le médecin qui tenait de le raisonner et d'aider le personnel. 5 personnes physiques pour un résident est un ratio fortement improbable ! Ce résident a fait l'objet d'une hospitalisation de 4 semaines en UCC dans l'espoir de canaliser ses manifestations, mais le traitement médicamenteux prescrit (neuroleptique) ne semble pas lui convenir par des effets secondaires indésirables à type de tremblements intenses. Actuellement donc le traitement a été modifié, mais sans effet sur l'agressivité nous nous trouvons dans une impasse quant à sa prise en charge. L'équipe médicale cherche une solution. »
- « Un résident de l'unité sécurisée a voulu sortir du jardin thérapeutique et s'est agrippé au grillage. 2 soignants sont intervenus d'une durée d'environ 30 minutes pour ramener le résident dans le service. A frappé et blessé les agents présents. »
- « La famille d'une résidente vient nous voir pour nous informer qu'un autre résident est dans le lit de leur mère. Nous sommes intervenus à 3 soignants et expliquons au résident que ce n'est pas sa chambre, celui-ci s'énerve commence à taper (coups de poings) les soignants, griffer et insulter. Nous canalisons l'agressivité de ce résident et l'accompagnons dans sa chambre. »
- « Il était environ 18h, quand Mme Y a voulu à plusieurs reprises rentrer dans la chambre de M. X. Celui-ci est alors sorti de sa chambre très énervé et a voulu frapper Mme Y. Je me suis alors interposée entre les 2 et Mme Y. m'as mis un violent coup de poing au niveau de la poitrine. »
- « 2 membres de la famille d'1 patient qui énerve un autre patient et le filme avec leur téléphone portable. »
- « Régulièrement la fille d'une de nos résidente nous parles mal, critique, refuse nos soins ou notre prise en charge de sa maman. N'est jamais satisfaite de notre travail et fait en sorte de nous modifier la prise en charge (retrait du filet pour le lever de la dame, retrait de la contention pelvienne

malgré la prescription). Malgré les explications de notre part elle continue et nous parle de plus en plus mal et s'adresse aux agents de manière agressive verbalement et nous dévalorise auprès des autres familles à chacune de ses visites donc minimum 3 fois par semaine. »

- « Suite au départ d'un couple de résidents d'un site vers un autre de l'établissement, la famille s'est montrée très virulente envers les professionnels présents : insultes, critiques, gestes déplacés (bras d'honneur). Rendez-vous pris avec la direction pour éclaircir le problème. »

FOCUS sur le service des urgences²⁰

Les services des urgences sont, par définition, un lieu de passage, d'accueil permanent et ouvert à toutes les souffrances, crises, stress et frustrations. Il est logique qu'un nombre important de déclarations émanent de ces services.²¹

Les manifestations de violence y sont de nature et de gravité différentes, les agressions verbales y sont quotidiennes (78% en 2015 / 81% dont en 2016), et les agressions physiques y sont nombreuses (22 % en 2015 / 19% en 2016. V. tableaux 6 et 7 pp. 26 à 29). Pour les cas les plus graves, dont la presse se fait l'écho, il s'agit de scènes très violentes et traumatisantes (délinquants de bandes rivales qui se retrouvent aux urgences, évasion/ou tentative d'un gardé à vue ou d'un détenu avec la présence de complices et même parfois d'un commando armé, intrusion à plusieurs personnes pour chercher un blessé par arme, personnes ivres, toxicomanes, personnes menaçantes avec armes blanches, etc.). Les comportements antisociaux « sont aussi une plaie » pour les urgentistes.

• REMARQUE : comportements grossiers et performance des équipes médicales

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.²²

- « Patiente arrivée très agitée avec les pompiers, hurle. Après 3/4 d'heures de négociations, décision de contentionner la patiente. À ce moment-là insultes, griffures sur les agents, menaces. »

- « Intervention des agents de sécurité pour un patient menaçant un interne avec un cutter. »

²⁰ « En 2015, les 723 structures des urgences françaises ont pris en charge 20,3 millions de passages, soit 3 % de plus qu'en 2014. Cette progression prolonge la tendance observée depuis vingt ans. En 1996, le nombre de passage aux urgences s'établissait en effet à 10,1 millions pour la France métropolitaine et a augmenté ensuite, régulièrement, de 3,5 % par an en moyenne.

Les structures des urgences accueillent chacune en moyenne 28 000 patients par an, avec un nombre moyen de passages plus faible dans les services pédiatriques que dans les structures des urgences générales (25 000 passages en moyenne par an, contre 28 500). 18 % des passages aux urgences sont pris en charge par le secteur privé (pris dans sa globalité), une part qui a progressé dans les années 2000 pour se stabiliser depuis 2010.

Les petites unités sont les plus nombreuses : 22 % des unités d'urgences traitent moins de 15 000 passages par an et deux structures sur trois, moins de 30 000. À l'opposé, 20 % des structures enregistrent plus de 40 000 passages par an et traitent 40 % de l'ensemble des passages.»

Source : *Panorama des établissements de santé*, Édition 2017, p. 10. DREES.

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/es2015.pdf>

²¹ En 2015, 2 162 signalements dont 1 981 atteintes aux personnes : 624 atteintes sont de niveau 3 et 17 de niveau 4. En 2016, 2 354 signalements dont 2 155 atteintes aux personnes : 724 atteintes sont de niveau 3 et 20 de niveau 4.

²² Source : http://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

- « IDE était en poste à l'accueil des urgences. Victime d'insultes et menaces de la part du fils d'une patiente hospitalisée aux urgences. À l'annonce de l'orientation de la patiente au fils, celui-ci s'est mis en furie et m'a agressé sauvagement en arrachant le verre Securit (1.5 mètre sur 0.3 m) et le projetant dans ma direction. Grâce à un réflexe de recul, j'ai pu l'éviter en grande partie n'étant touché qu'au pied droit. Patient maîtrisé avec difficultés. Appel sécurité, police, cadre, direction. Individu embarqué par police. Dépôt de plainte effectué, certificat médical avec ITT remis. »
- « Patient de 80 ans dans la SAUV agressif verbalement envers l'infirmière, l'aide-soignant et le médecin. Au moment de lui remettre son capteur de saturation, il a attrapé la cordelette du badge de l'agent (porté autour du cou) et l'a étranglé avec : la cordelette a cédé. »
- « Un patient présente dans un premier temps un état d'agressivité verbal, il est isolé, fume en salle de soins et refuse de se conformer à la règle. Il devient alors violent et administre un coup au visage du médecin puis sort de sa sacoche une seringue usagée avec aiguille montée et la plante avec violence dans le dos de la main du médecin. Il appelle l'extérieur avec son téléphone portable et demande de venir avec des armes. La police arrive sur les lieux, le patient a saisi une bombe lacrymogène sur un policier, imprégnant tout le module. »
- « Crachats dans la figure par un toxicomane. »
- « Agression verbale d'un patient qui estime que frapper du personnel soignant est normal. »

À la différence du secteur psychiatrique confronté aux problèmes de violence principalement en journée, les urgences sont affectées de jour comme de nuit. Le personnel hospitalier en est la principale victime, mais l'agression n'est pas toujours le fait du seul patient. Interfèrent également accompagnateurs et intrus, étrangers à la demande de soins.

- « Fille d'une patiente en cours d'installation circuit long des urgences qui se met à crier en salle d'attente, donne des coups de pieds dans les murs, force la porte d'entrée des urgences, essaie de forcer le bureau du secrétariat (fermé à clé), insulte le personnel et le médecin, agressive +++ court autour du brancard transportant sa mère, crache sur l'infirmière. 5 vigiles sont nécessaires pour la faire sortir, police appelée. »
- « Rixe entre deux familles en salle d'attente et insultes envers le personnel des urgences. »
- « Altercation entre une famille en visite auprès d'une personne soignée. Le personnel est intervenu pour mettre à l'écart et protéger les autres patients présents. En voulant séparer deux personnes je me suis fait attraper au poignet droit, une AS s'est fait frapper au visage par une enfant. Appel de la sécurité puis des forces de l'ordre. »

Les raisons conduisant à ces violences ont notamment pour motifs : attentes, incompréhension sur les priorités (gravité des cas et non pas ordre d'arrivée des patients), inquiétudes sans réponse de la part des personnels, prise en charge des populations à risque (éthylisme, toxicomanie, psychiatrie...), conception architecturale des lieux inadaptée, installations et matériel défectueux (distributeurs en panne, toilettes hors service, ceintures de contention...) organisation perfectible.

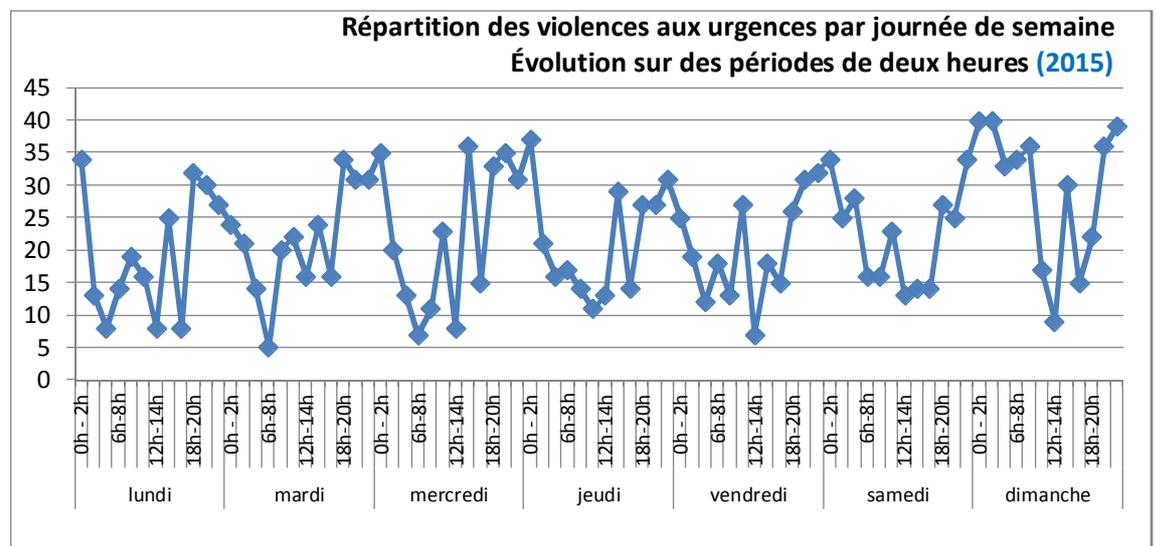
- « Patient saignant abondamment qui se présente devant l'entrée de l'établissement avec 2 autres hommes. Lorsque l'IDE s'approche pour regarder la plaie, le patient s'énerve et donne un violent coup de pied dans le bas ventre de l'IDE. Le patient se bat avec les 2 autres hommes, hurle, insulte l'IDE et l'agent de sécurité appelé en renfort. »

- « Deux médecins sont en train d'expliquer au fils de la patiente la prise en charge thérapeutique qui va être effectuée. Cela ne convient pas à son fils qui devient très agressif. Les deux médecins demandent calmement à ce monsieur de retourner en salle d'attente : il refuse. Un infirmier intervient à ce moment-là pour lui demander calmement de retourner en salle d'attente. Il le menace de lui " couper la tête " et de l'attendre à la sortie de son travail pour pouvoir " lui planter un couteau ". »
- « Un patient transporté par des ambulanciers est arrivé avec un couteau de cuisine en poche. L'agent de sécurité lui a sommé de donner le couteau ce qu'il a fait après une longue discussion. Après avoir été placé en box et après avoir vu le médecin, il a cherché à savoir qui lui avait pris son couteau et a chargé l'agent de sécurité. L'agent l'a immobilisé au sol avec l'aide d'un infirmier du SAMU avant de le contentionner avec l'équipe médicale. »
- « La maman de l'enfant Z agresse verbalement l'équipe paramédicale car ne comprend pas qu'il y a de l'attente (toutes les salles de consultations sont occupées). A noter que sa fille a été vue et contactée dès son arrivée au SAUP, alors que Mme Y n'était pas encore passée à l'administration. Les explications de l'équipe paramédicale concernant l'attente reste sans effet et la maman de l'enfant refuse d'attendre en salle d'attente et reste debout dans le couloir de consultation, devient arrogante, monte le ton envers l'équipe. Nous dit avoir des droits car paye des impôts. Veut être installée. »
- « Alors que j'étais en train de m'occuper d'un patient entrant à l'accueil, le fils ou petit fils de Mme Y a ouvert la porte avec furie, bousculant les patients dont je m'occupais à l'accueil et s'est mis à me hurler dessus avec des propos plus qu'insultants (... j'en passe et des meilleurs) car Mme Y pouvait " crever " puisqu'elle attendait depuis plusieurs heures en salle d'attente (le service de soin était plein et l'état de santé de Mme Y non inquiétant). Ne comprenant pas ce qu'il se passait, je lui demande poliment de se calmer. Interpelé par ses hurlements, mon collègue brancardier est venu auprès de moi, en lui demandant également de se calmer. Le monsieur ne se calmait pas, il était toujours aussi insultant et nous a tous deux menacés de mort !! Il nous a également dit que s'il venait à arriver quelque chose à Mme Y, il reviendrait tout casser dans le service et par la même occasion, nous " crever " ! »

Graphiques 13. et tableau 14. des violences aux urgences selon le moment de la journée

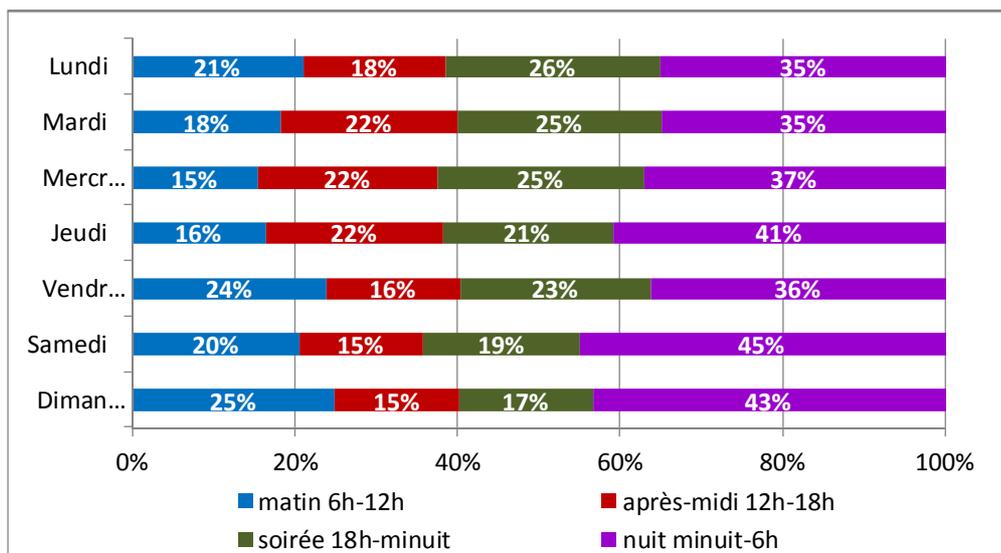
Les graphiques et tableaux ci-dessous donnent un aperçu des signalements de violence par tranche horaire et pourcentage. En 2016, la tranche minuit 6 heures semble moins sujette aux violences tandis que la fin de matinée et l'après-midi jusqu'à minuit sont plus touchés en terme de volume. Les nuits du weekend représentent un facteur de risque plus important pour les soignants. En effet, durant ces nuits, il apparaît clairement une surreprésentation des patients sous l'emprise de l'alcool et de drogues qui sont des facteurs importants de passage à l'acte violent. Ces risques particuliers caractéristiques sont bien connus des soignants. Des mesures particulières sont souvent prises, comme le renforcement des équipes, le recrutement de médiateurs, d'agents de sécurité ou de maîtres-chiens.

Répartition des violences aux urgences par journée de semaine
Évolution sur des périodes de deux heures (2015)

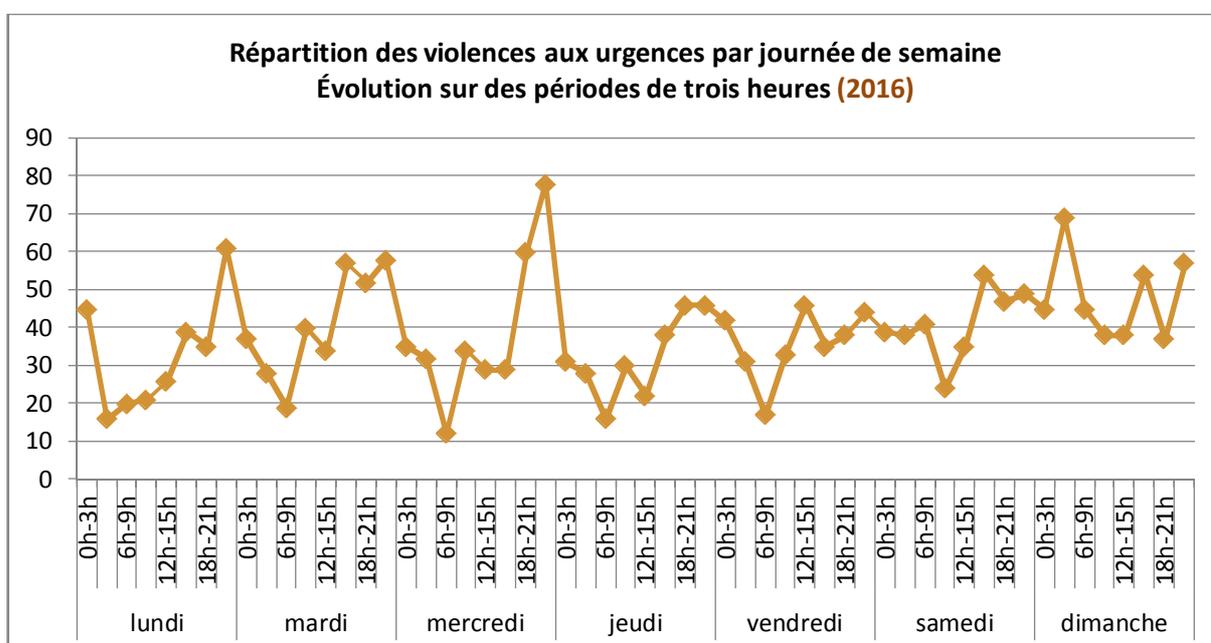


Source : ministère chargé
de la santé – DGOS – ONVS
plateforme signalement

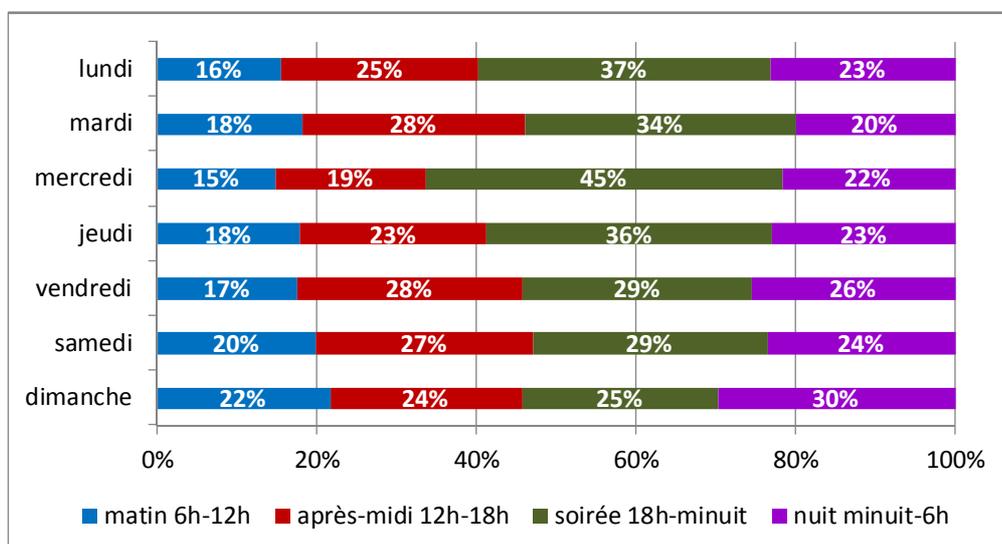
2015



Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement



2016



Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement

Les violences aux urgences sont particulièrement mal vécues par les soignants et génératrices d'un fort sentiment d'insécurité, et 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.

- *« Une patiente mécontente des délais d'attente a giflé une soignante puis mordu délibérément celle qui la maintenait. »*
- *« Patient alcoolisé, déficient mental sous tutelle, qui menace l'IAO de revenir avec une arme à feu et devient violent avec elle lors de la contention : douleur au niveau de P2D4 main droite. »*
- *« Un homme (qui avait accompagné une patiente prise en charge aux urgences) rentre dans le bureau de la secrétaire des urgences et menace le médecin urgentiste qui était sur place, puis le cadre de santé " Je vais te faire manger ton téléphone, je vais te mettre en morceaux ". L'agent de sécurité intervient, essaie de calmer l'homme qui se redirige vers sa voiture. L'homme sort alors une barre en métal de son véhicule et dit à l'agent sécurité " Viens on va s'expliquer ". La patiente sort, quand l'homme la voit, il repart en voiture en disant : " Je vais revenir ". »*
- *« M. X est entré aux urgences pour douleur dentaire. Le médecin lui préconise de consulter un dentiste et lui remet une ordonnance pour calmer ses douleurs. Le traitement antalgique ne lui semble pas suffisant (toxicomane). Au préalable une aide-soignante le surprend à ouvrir les placards et chaparder du matériel ce qu'il ne reconnaît absolument pas. Lors de la remise de ses papiers de sortie il détériore le matériel situé à l'accueil : porte vitrée brisée, porte coté accueil piéton détériorée également + 2 brancardiers blessés avec arrêt de travail. Activation de l'alarme pour renfort. Sécurisation des visiteurs et contention du patient pour mise en sécurité. Appel des forces de l'ordre »*
- *« Une femme toxicomane et très alcoolisée est amenée aux urgences par les pompiers pour une plaie au crâne. La patiente très agressive se jette sur une infirmière, lui porte des coups et la griffe car elle ne souhaite pas répondre aux questions qui lui sont posées. La seconde infirmière présente venue en aide à sa collègue se fait frapper aussi. La femme est finalement maîtrisée par les pompiers. Appel est fait à la Police qui accompagnera les victimes pour leur dépôt de plainte. Une des 2 est légèrement blessée. La patiente restera hospitalisée durant 24h et quittera libre les urgences. Enquête en cours. »*
- *« Découverte de deux couteaux en déshabillant le patient ; tentative d'intimidation du patient à l'égard du personnel si ses objets ne le lui sont pas restitués. »*
- *« Patient toxicomane cocaïne et cannabis consultant pour prise en charge psy sur accès de violence sur sa femme, antécédents judiciaires chargés. A mon entrée je ne ferme pas la porte devant les antécédents du patient, je ne suis pas en sécurité. Le patient est assis mais paraît impulsif il me reproche de ne pas m'être présentée et de ne pas avoir fermé la porte. Au moment où je m'apprête à aller fermer la porte, il se lève brutalement va la fermer et reste devant en me bloquant le passage. agité+++ Je réussis à sortir en prétextant avoir oublié quelque chose. Il est très agressif. Je reviens avec une infirmière et brancardier, ce qui l'énerve d'autant plus " vous allez chercher du renfort, je suis en recherche d'aide, vous n'êtes pas correcte, moi je peux tuer quelqu'un ". Il est très en colère désire partir, est finalement calmé par l'infirmière mais assez virulent à mon égard auprès du personnel. »*
- *« Patient alcoolisé arrivé avec les pompiers vers 20 heures, agité et désorienté. Le médecin tente de l'examiner, le patient refuse les soins. L'AS présente tente de le raisonner, mais le patient devient de plus en plus agressif et difficile à maîtriser. Le médecin appelle les gendarmes pour le maîtriser sur le chariot de contention, ceux-ci arrivent rapidement, le patient est contentonné sur le chariot et sédaté. Entre temps l'administrateur de garde est prévenu. Peu de temps après 2 AS se*

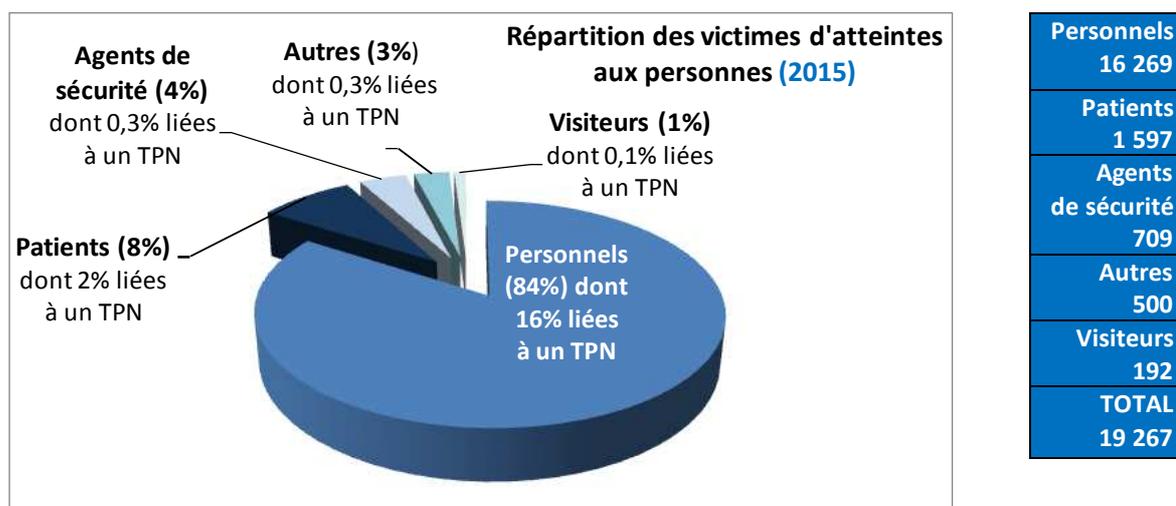
trouvant devant le chariot de linge près du hall principal du CH, constatent que le patient s'est libéré et déambule dans le hall. Celui-ci tente de fuir et devient très agressif. Les AS tentent de le raisonner, le patient devient menaçant, et sort un couteau qu'il place sous la gorge de l'AS. Les agents ne font pas de résistance, et laissent partir le patient. La gendarmerie est prévenue. »

II. ANALYSE DES VIOLENCES ENVERS LES PERSONNES

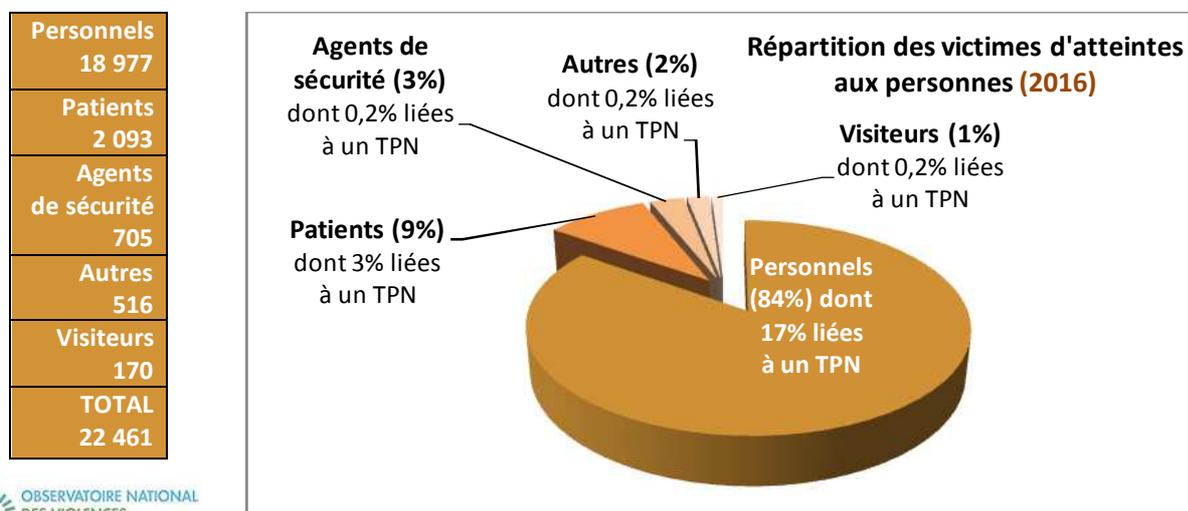
II.1 Typologie des victimes

- **En 2015**, 23 034 victimes d'atteintes aux personnes et aux biens ont été recensées par l'ONVS, soit 19 267 victimes pour les atteintes aux personnes et 3 767 victimes pour les atteintes aux biens. 1 450 des 23 034 victimes le sont à raison des deux types d'atteintes.
- **En 2016**, 26 476 victimes d'atteintes aux personnes et aux biens ont été recensées par l'ONVS, soit 22 461 victimes pour les atteintes aux personnes et 4 015 victimes pour les atteintes aux biens. 1 962 des 26 476 victimes le sont à raison des deux types d'atteintes.

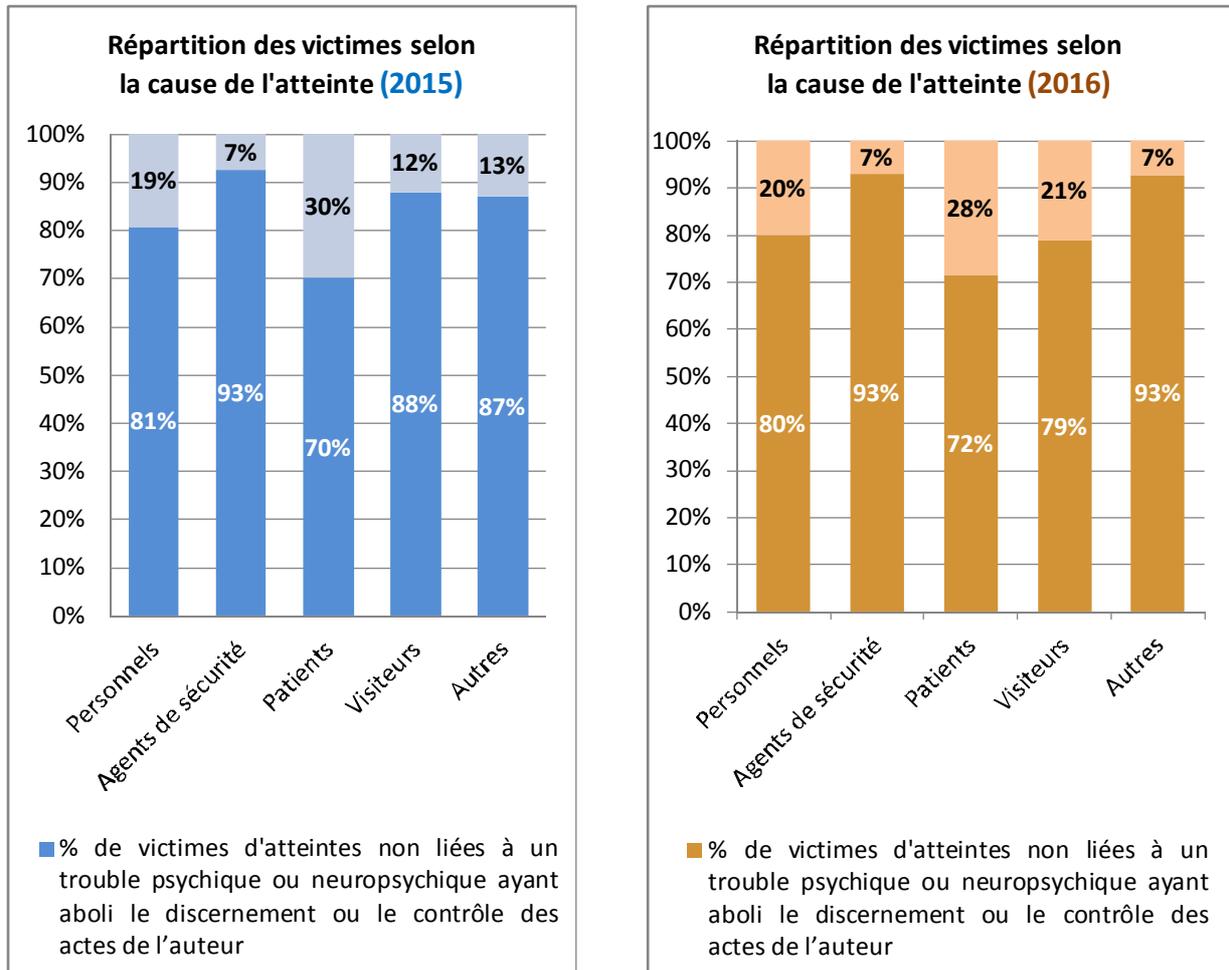
Graphique 15. Répartition des victimes d'atteintes aux personnes



Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement



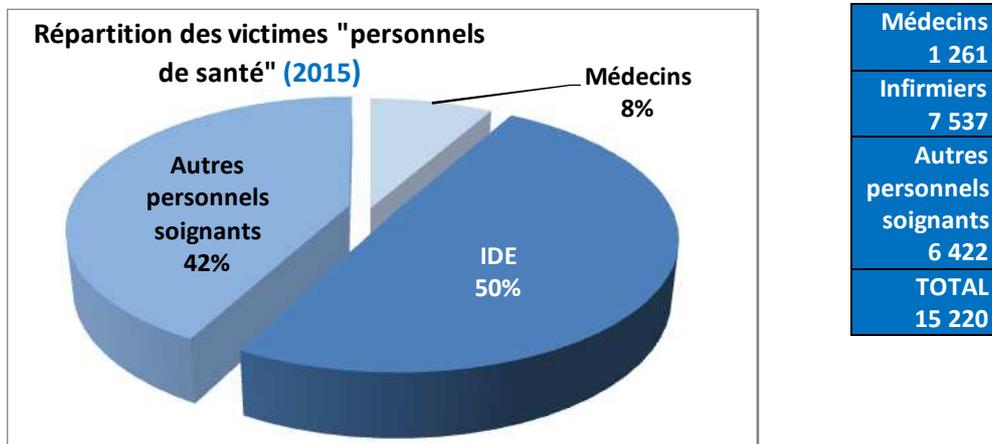
Graphique 16. Répartition des victimes par catégorie en différenciant les atteintes en raison d'un trouble psychique ou neuropsychique (TPN)



Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement

Graphique 17. Répartition des victimes « personnels » : santé et administratif

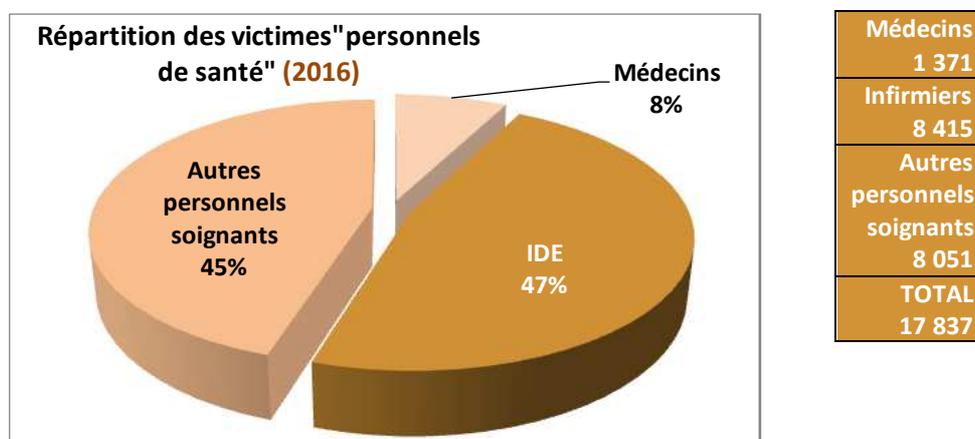
- En 2015, le « personnel de santé » représente 94 % de la catégorie « personnel » réparti ainsi :



Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement

Le « personnel administratif » représente 6% (soit 1 049 victimes : 110 hommes - 939 femmes) de la catégorie « personnel ». Il est constitué majoritairement de personnels affectés à l'accueil.

- En 2016, le « personnel de santé » représente 94 % de la catégorie « personnel » réparti ainsi :



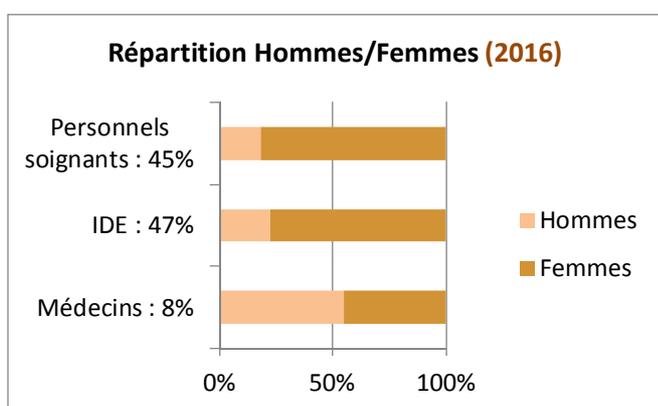
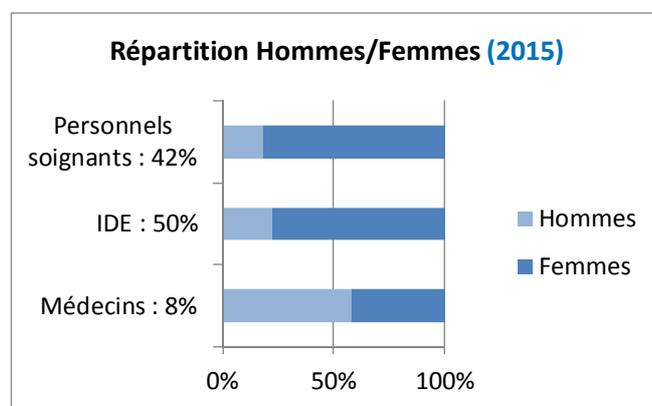
Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement

Le « personnel administratif » représente 6% (soit 1 140 victimes : 98 hommes - 1042 femmes) de la catégorie « personnel ». Il est constitué majoritairement de personnels affectés à l'accueil.

Tableau 15. et graphique 18. Répartition des victimes « personnel de santé » selon le sexe

2015	Hommes		Femmes		Total
Médecins	727	58%	534	42%	1 261
Infirmières	1 685	22%	5 852	78%	7 537
Autres personnels soignants	1 168	18%	5 254	82%	6 422
TOTAL	3 580		11 640		15 220

Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS
plateforme signalement



2016	Hommes		Femmes		Total
Médecins	757	55%	614	45%	1 371
Infirmières	1 908	23%	6 507	77%	8 415
Autres personnels soignants	1 478	18%	6 573	82%	8 051
TOTAL	4 143		13 694		17 837

La répartition en fonction du sexe montre le pourcentage élevé de femmes victimes dans les deux catégories « infirmières » et « autres personnels soignants ». Les dernières statistiques hospitalières disponibles rapportent un taux de féminisation de 51 % pour les médecins, de 87 % pour les infirmières et de 89 % pour les aides-soignantes.²³

Les aides-soignantes représentent l'immense majorité des déclarants de violences de la catégorie « autres personnels soignants ».

Il apparaît qu'à l'hôpital, proportionnellement, les femmes déclarent moins de faits violents que les hommes. En revanche, en valeur, les femmes sont davantage victimes de faits violents que les hommes.

Toutes victimes confondues, les atteintes aux personnes ont généré :

- **en 2015**, 3 336 jours d'arrêt de travail sur 1 363 faits mentionnant les arrêts de travail, et 624 jours d'incapacité totale de travail (ITT) sur 814 faits mentionnant l'ITT.²⁴
- **en 2015**, 3 896 jours d'arrêt de travail sur 1 163 faits mentionnant les arrêts de travail, et 633 jours d'ITT sur 791 faits mentionnant l'ITT.

Le bilan social des établissements publics de santé sociaux et médico-sociaux (2014)²⁵ mentionne que la 4^e cause d'arrêt de travail rapportée par les établissements est due au contact avec un malade agité.

II.2 Typologie des auteurs

- **En 2015**, 14 194 auteurs de violences aux personnes ont été signalés dans la plateforme ONVS. Dans près de 9 cas sur 10, les auteurs des violences étaient des patients (9 712) ou des visiteurs et accompagnateurs (2 715). Les patients auteurs sont 26 % à avoir commis une atteinte en raison d'une pathologie.

Au sein de la répartition « Personnels », on compte un fort taux de féminisation des professions de cette catégorie (excepté pour les médecins et pour les agents sécurité) :

- médecins (hommes 128 - femmes 28)
- IDE (hommes 26 - femmes 61)
- autres personnels soignants (hommes 61 - femmes 63)
- personnels administratifs (hommes 24 - femmes 29)
- agents de sécurité (hommes 31 - femmes 0)

Tableau 16.
Typologie
des
auteurs

2015	Hommes		Femmes		Total
Personnels	270	60%	181	40%	451
Patients	6 781	63%	2 931	27%	9 712
Visiteurs accompagnants	1 820	67%	895	33%	2 715
Autres	1 061	85%	185	15%	1 246
Détenus	65	95%	5	5%	70
TOTAL	9 997	70%	4 202	30%	14 194

Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement

²³ Source : DGOS.

²⁴ La notion juridique d'incapacité totale de travail (ITT) est utilisée pour évaluer un préjudice. Elle correspond à la période pendant laquelle la victime est dans l'incapacité d'effectuer les actes de la vie courante.

²⁵ Source : *Bilan social des établissements publics de santé sociaux et médico-sociaux*, p. 79.

http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_bilan_social_2014_-_vf.pdf

- **En 2016**, 15 853 auteurs de violences aux personnes ont été signalés dans la plateforme ONVS. Dans près de 9 cas sur 10, les auteurs des violences étaient des patients (11 170) ou des visiteurs et accompagnants (2 715). Les patients auteurs sont 26 % à avoir commis une atteinte en raison d'une pathologie.

Au sein de la répartition « Personnels », on compte un fort taux de féminisation des professions de cette catégorie (excepté pour les médecins et pour les agents sécurité) :

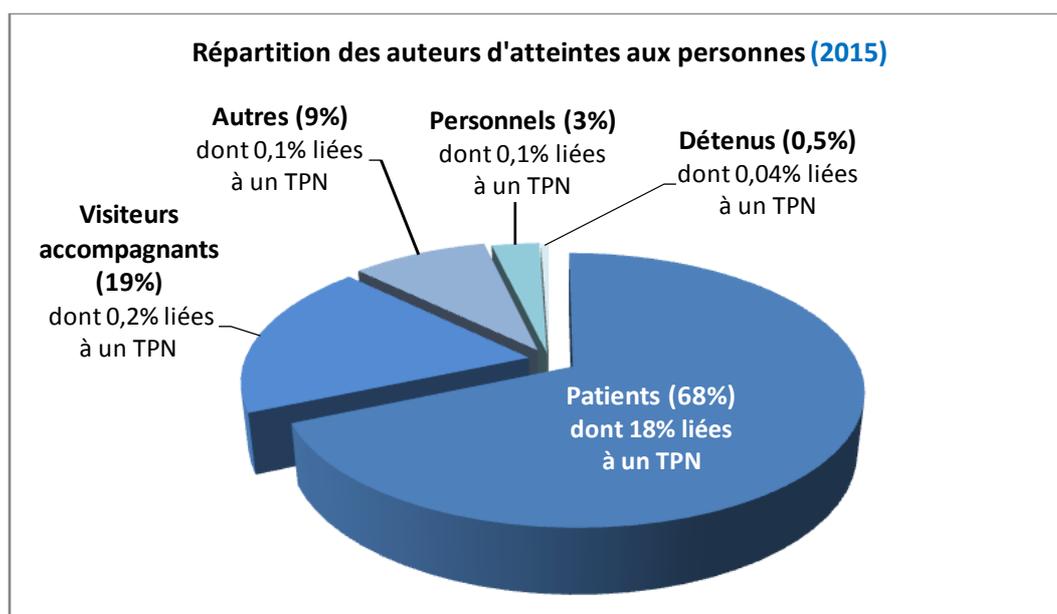
- médecins (hommes 150 - femmes 23)
- IDE (hommes 20 - femmes 60)
- autres personnels soignants (hommes 64 - femmes 110)
- personnels administratifs (hommes 41 - femmes 32)
- agents de sécurité (hommes 22 - femmes 0)

2016	Hommes		Femmes		Total
Personnels	297	57%	225	43%	522
Patients	7 863	70%	3 307	30%	11 170
Visiteurs accompagnants	1 986	67%	959	33%	2 945
Autres	879	77%	257	23%	1 136
Détenus	77	96%	3	4%	80
TOTAL	11 102	70%	4 751	30%	15 853

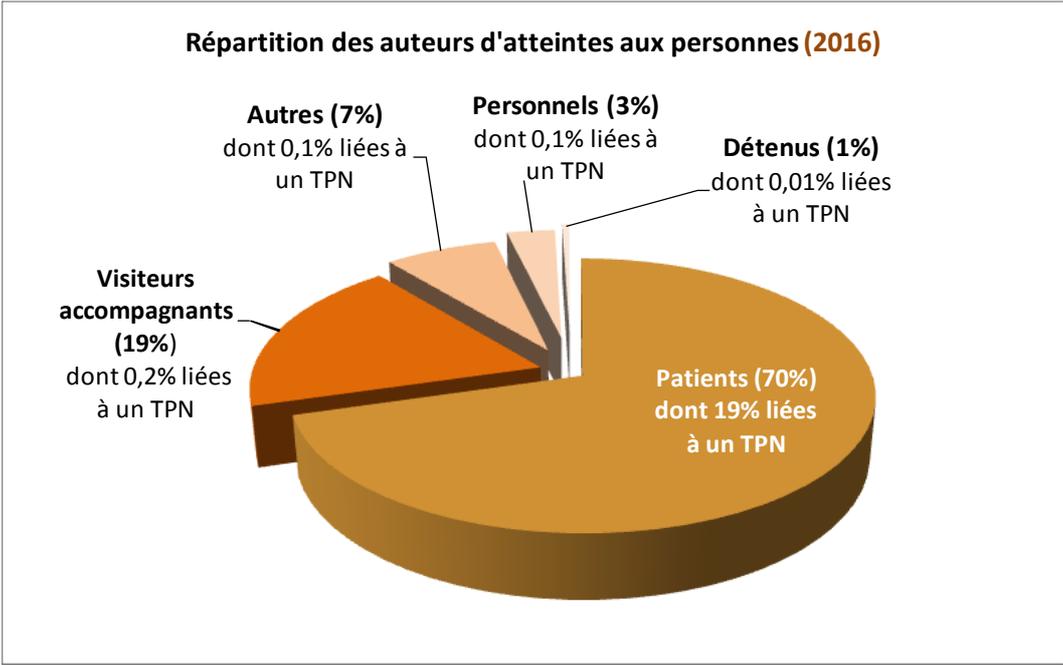
Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement

Sur les deux années on constate quelques variations dans la proportion hommes/femmes par catégorie mais, pour l'ensemble, le nombre d'auteurs a augmenté tant chez les hommes que chez les femmes. Les hommes sont très majoritairement les auteurs.

Graphique 19. Répartition des auteurs d'atteintes aux personnes

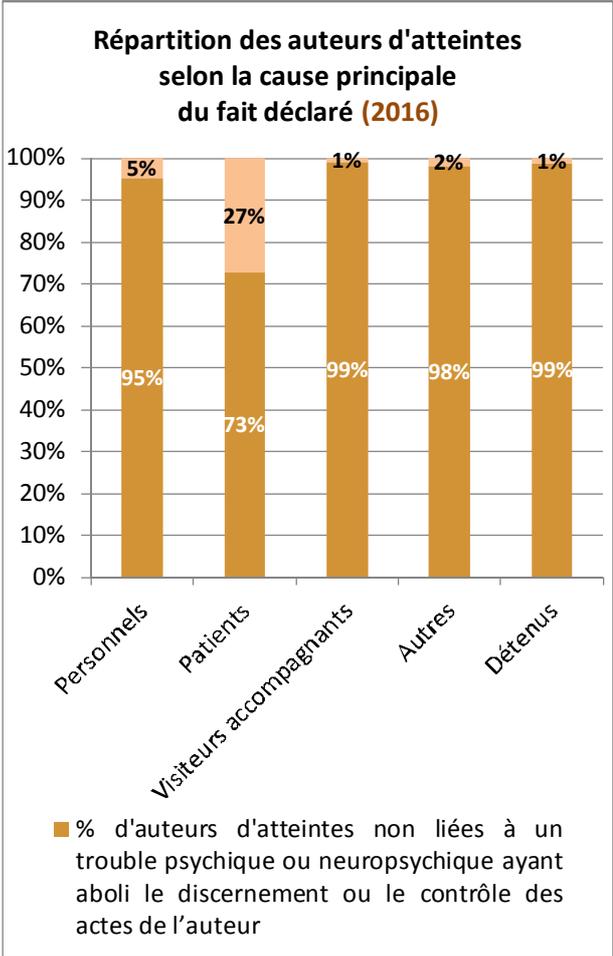
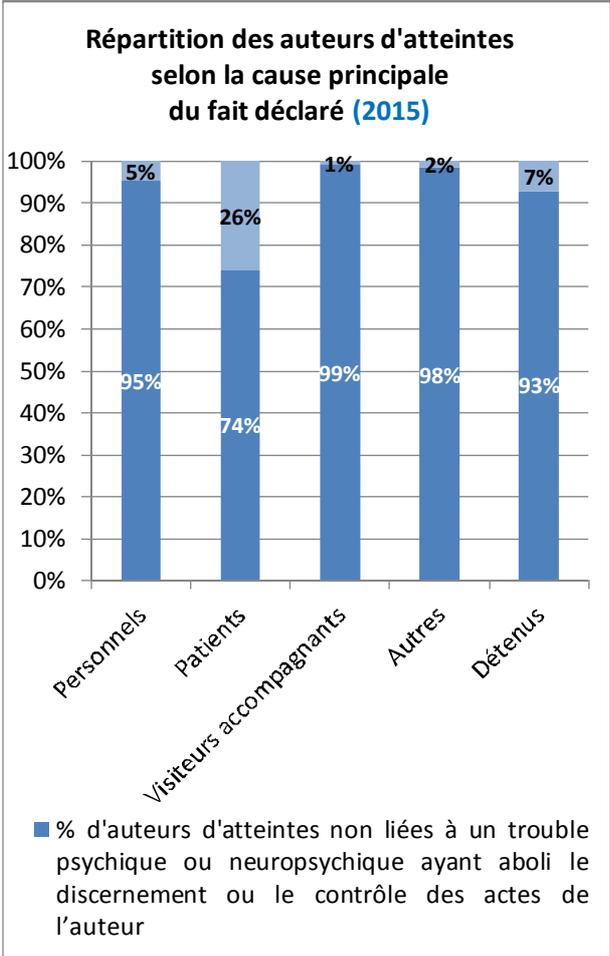


Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement



Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement

Graphique 20. Répartition des auteurs par catégorie en proportion des atteintes dues à un TPN



II.3 Les motifs des violences

Cette information sur les motifs des violences et incivilités a été renseignée :

Tableau 17. Les motifs de violence

Motifs	2015	%	2016	%
Reproche relatif à une prise en charge	3 040	59,3%	3 427	60,6%
Temps d'attente jugé excessif	604	11,8%	660	11,7%
Alcoolisation	526	10,3%	559	9,9%
Refus de prescription	355	6,9%	305	5,4%
Règlement de compte	274	5,3%	336	5,9%
Diagnostic non accepté	171	3,3%	196	3,5%
Drogue	119	2,3%	141	2,5%
Suicide	35	0,7%	28	0,5%
	5 124	100%	5 652	100%

en 2015 dans 48% des cas,

en 2016 dans 45% des cas.

Sur ces faits, il s'agit très majoritairement d'un reproche relatif à la prise en charge du patient. On peut constater que ce motif est en nette augmentation. Le temps d'attente arrive en deuxième position mais de façon bien moindre.

Tous ces motifs nécessitent une analyse des causes profondes des violences et incivilités par les établissements afin de déterminer les mesures à mettre en place qui sont du domaine de la prise en charge et du parcours du patient ainsi que du domaine de la sécurité.²⁶

Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement

Il faut retenir un 9^e motif désigné sous le terme « Autres », indiqué dans la majorité des cas (52% en 2015 et 55% en 2016). Les agents y renseignent des motifs variés : refus de soins, violence verbale et/ou physique sans raison apparente (notamment en EHPAD ou en psychiatrie) ou non précisée, altercation entre membres d'une même famille, tentative de suicide, automutilation, menaces de fusillade et d'attentat, refus d'être examiné par un médecin de l'autre sexe, racisme, etc.). En fonction de l'intérêt, voire de l'importance de ces motifs indiqués et de leur nombre, la « fiche signalement » de l'ONVS évolue pour les inclure et affiner ainsi l'observation. Parfois la raison n'est pas précisée du tout ou de façon très succincte, ne permettant pas d'identifier un quelconque motif.

Les exemples ci-dessous répertorient ces violences physiques et verbales dans divers services, lieux et unités.

- « Un patient verbalisait le souhait d'aller se coucher alors qu'il se trouvait dans la chambre d'un autre patient maintenu à son fauteuil. En tentant de le ramener à sa chambre, celui-ci a donné un coup de poing violent au niveau du ventre de l'infirmier. » (SSR)
- « Le patient, M. X, arrivé, aux urgences pour syndrome grippal sans rapport avec son affection longue durée (diabète), réclame au moment de sa sortie une ambulance pour son retour. Il lui est expliqué que son motif d'entrée n'est pas en lien avec son ALD donc il ne peut prétendre à la gratuité de l'ambulance, le patient devient agressif verbalement et va jusqu'à s'injecter de l'insuline rapide en vue de se déclencher une hypoglycémie. »
- « Agression physique d'un patient envers un infirmier qui a reçu un coup de canne dans le bas du ventre. » (Médecine)
- « Agression verbale de membres de la famille d'un patient » (Réanimation)

²⁶ Le guide ONVS précité en introduction évoque cette analyse en détail. L'ONVS se déplace auprès des établissements qui le souhaitent pour les aider dans cette réflexion et cette prise de conscience et envisager avec eux des solutions.

- « Une résidente de l'unité A a un comportement agressif verbal (insulte, vulgarité) et physique envers le personnel soignant. Elle ne cesse de nous suivre, de rentrer dans les chambres de tous les résidents. Crie " au secours " dans le couloir, la salle à manger, angoisse les autres résidents. Quand on ferme les portes des chambres pour une prise en charge, nous sommes obligé de fermer à clé et Mme X donne des coups de pieds et de poings très fort contre la porte. Nous menace physiquement avec tout objet qu'elle a sous la main (crayon, livre, revue... etc.) ; au moment de notre pause la situation ne cesse de se répéter et tape de nouveau partout contre les portes. Effraie les autres résidents et " m'a retourné " le bras droit avec pour conséquence douleurs dans le sein droit et épaule droite et probable contracture trapèze droit. » (EHPAD)
- « Agression verbale d'une secrétaire d'accueil aux consultations gynéco par téléphone de la part d'une patiente, avec insultes et menaces de la part du mari. » (Gynécologie, obstétrique, maternité)
- « Je suis IAO, les pompiers sonnent pour présenter une patiente, une accompagnante m'interpelle dès que la porte s'ouvre en me disant qu'on l'a appelée pour qu'elle rentre voir sa sœur qui est en box. Je lui demande de patienter le temps que je regarde son nom et dans quel box elle se trouve pour l'accompagner jusqu'à elle. Lorsque nous arrivons au niveau du secteur long je m'adresse à l'IDE qui prend en charge la patiente pour qu'elle me confirme que l'accompagnante puisse bien rentrer dans le box. Ma collègue me stipule que non, la patiente n'ayant toujours pas été vue par le médecin. Je me tourne alors vers l'accompagnante en lui disant qu'elle ne peut pas rentrer pour le moment et je la prie de bien vouloir me suivre pour que je la ramène en salle d'attente, elle refuse et m'attrape par le bras et " me griffe " avec un objet qu'elle tenait dans sa main, qui ressemblait à un petit bouchon de tubulure. Voyant cela, et en entendant les cris, ma collègue arrive et raccompagne la patiente en salle d'attente, la sécurité arrive et prévient la police. Cadres de santé prévenus, certificat fait par médecin, déclaration AT faite. » (Urgences)
- « Une aide-soignante essuie un coup de pied d'un patient énervé. » (Urgences)
- « Pendant la séance orthophonique de rééducation de la déglutition, j'approche la cuillère de la bouche du patient qui me frappe violemment d'un coup de pied au niveau du thorax. Ce geste d'opposition volontaire diffère clairement des stéréotypies gestuelles habituellement observées. » (Rééducation)
- « Insultes, provocations, gestes violents, coups de pied, pincements, griffures menaces d'un enfant de 10 ans à l'encontre d'une AS qui lui a demandé de retourner dans sa chambre. Intervention d'une IDE pour le raccompagner dans sa chambre. » (Pédiatrie, néonatalogie)
- « Patiente arrive au secrétariat du 4ème étage en tapant sur la banque d'accueil et en disant " ma convocation!! j'attends toujours qu'on me l'envoie!! " très agressive. En regardant sur l'informatique je vois une convocation faite, donc je lui dit qu'elle a dû partir par courrier. Elle s'énerve. Me dit que la poste a bon dos! Je lui donne sa convocation et elle me dit " j'ai travaillé 40 ans, pas comme vous espèce de feigniacé!!! " » (Secrétariat)
- « Service des affaires juridiques dans un bureau : un patient vient sur rdv chercher des copies de son dossier médical, sans le fouiller, il précise qu'il manque un document ; Il profère alors des menaces de mort qu'il répète à plusieurs reprises, dit qu'il finirait dans son coffre grâce à l'aide de ses amis des quartiers B ou C, qu'il lui exploserait la tête pour que son corps ne puisse pas être exposé à son enterrement. L'air était très menaçant, le regard fixe, pendant une 1 h 15, avec une voix très calme et posée en proférant ses menaces. Il a fermé la porte et s'est interposé par 2 fois pour que

l'agent ne puisse la rouvrir et lorsque que l'agent s'est levé en disant que dans ces conditions il mettait fin à l'entretien, lui a dit de se rassoier parce qu'il n'avait pas fini. »

- *« La mère du patient rentre dans la chambre avec un café chaud à la main. L'auxiliaire lui rappelle le règlement qui interdit toutes boissons chaudes dans les chambres des enfants. La mère agresse verbalement l'auxiliaire en lui disant qu'elle avait passé une très mauvaise nuit, qu'à l'hôpital de H elle était obligée de quitter le service pour aller se chercher un café. Elle demande si c'est parce qu'elle porte un foulard... » (Pédiatrie, néonatalogie)*

- *« Un monsieur se présente à l'accueil et de façon agressive demande à ce que la personne présente trouve le nom du propriétaire d'un véhicule mal garé. » (Accueil, standard)*

- *« L'équipe de diabétologie (2 IDE et 1 AS) dans leur tour de 00h, l'IDE du secteur (chambre « n ») retrouve le patient de la chambre « y » en train d'enjamber la fenêtre de sa chambre (restait 1 seule jambe côté chambre, le reste en dehors : Etage 1 service de diabétologie). Le patient, après s'être décontentonné les membres inférieurs (doubles attaches par membre sur prescription médicale). L'IDE s'est précipité pour l'empêcher de tomber dans le vide. Le patient l'a mordu et frappé à coups de poings et de pieds au visage et au corps. Malgré les coups, l'IDE a essayé de maintenir le patient agité pour qu'il ne bascule pas dans le vide (du 1^{er} étage). Alertée par les cris, l'autre IDE du secteur s'est précipitée avec l'AS pour venir en aide et retenir le patient agité malgré les coups et morsures diverses. La sécurité a été appelée et panique générale des autres patients hospitalisés de ce secteur. Le patient a pu être ramené à l'intérieur de la chambre grâce à l'aide des autres patients (chambres x, y et z) et de l'équipe soignante. De nouveau contentonné jusqu'à l'équipe des urgences. La continuité des soins a été ébranlée. Préjudices subies : IDE 1 : contractures para vertébrales. Arrêt de travail. IDE 2 : morsures index G. Contusions bras D et G, genou D. Arrêt de travail. AS : « contractures para vertébrales le long du rachis thoraco-lombaire. Muscles trapèzes et douleurs tendinopathie. Arrêt de travail. »*

- *« Agression verbale d'un équipage du SMUR S par des ambulanciers. » (Lieu non précisé)*

- *« Un jeune homme pénètre dans le service et entre directement dans la chambre de M. X. Cet homme est surpris rapidement par le fils, qui était en entretien avec le médecin. Le fils de M. X demande alors à ce jeune homme le motif de sa présence et la nature des propos qu'il a pu dire à son père. Le jeune homme prétend " qu'il faisait une bonne action pour Allah et qu'il n'avait pas de compte à rendre aux hommes, que c'était la première fois qu'il rencontrait une famille opposante ". L'infirmier en charge du patient rappelle alors au jeune homme qu'il n'a pas à pénétrer dans le service sans justifier sa présence et que le prosélytisme est interdit au sein de l'établissement hospitalier et que s'il souhaitait visiter les malades à titre religieux, il doit s'adresser au service de l'aumônerie de l'hôpital pour être accrédité comme visiteur en lien avec une religion. Le jeune a été accompagné jusqu'à la sortie du service par le médecin. La sécurité anti malveillance de l'hôpital a été informée par téléphone. L'agent de sécurité s'est alors présenté dans le service. » (Unité de soins, hôpital public)*

- *« Au moment de la toilette, la soignante s'est présentée pour faire la toilette de la patiente. Cette dernière a émis le souhait qu'une " française " lui fasse la toilette. » (Médecine)*

- *« Un agent de sécurité et une infirmière ont une altercation verbale - l'infirmière le gifle. Par la suite l'infirmière déclare avoir été frappée par l'agent de sécurité, ce qui est faux (exploitation vidéo-surveillance). Cette rixe fait suite à une intervention des agents en poste aux Urgences pendant laquelle une toxicomane venue pour prendre un jeton aux Urgences en profite pour voler le portable de l'agent qui est tombé au sol (exploitation vidéo). »*

II.4 La gestion des événements de violence

Les événements de violence signalés en 2015 et 2016 ont donné majoritairement lieu à une intervention du personnel en renfort de leurs collègues.

Tableau 18 et tableau 19. Intervenants dans le cadre des atteintes aux personnes et aux biens

Intervenants Atteintes aux personnes et aux biens	2015	%	2016	%
Personnel hospitalier	7 154	50%	8 205	52%
Service de sécurité	4 435	31%	4 652	30%
Forces de l'ordre	981	7%	976	6%
Autres	309	2%	314	2%
Non précisé	1 480	10%	1 690	11%
TOTAL	14 359	100%	15 837	100%

Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement

Le personnel hospitalier est donc en première ligne lors de la survenue d'un incident de violence. La proportion élevée de ses interventions, en lien avec un fait du à une pathologie (v. graphique 19), confirme la nécessité de renforcer les procédures de renfort entre soignants afin d'assurer prioritairement une prise en charge médicale de ces cas.

En outre, avec la professionnalisation des services de sécurité des établissements, dans 30 % des cas, le personnel de sécurité intervient en appui. Il est également constaté que les victimes de violences hésitent moins à faire appel au service de sécurité.

Les trois-quarts de toutes les interventions concernent des atteintes aux personnes comme l'indiquent les chiffres ci-dessous : 73% en 2015 et 75% en 2016.

Intervenants	2015 Atteintes aux personnes	%	2015 Atteintes aux biens	%	2015 Atteintes aux personnes	%	2016 Atteintes aux biens	%
Personnel hospitalier	5 846	(56%)	1 308	(34%)	6 768	(57%)	1 437	(36%)
Service de sécurité	2 657	(25%)	1 778		2 850	(24%)	1 802	(45%)
Forces de l'ordre	691	(6%)	290		709	(6%)	267	(7%)
Autres	217	(2%)	92		235	(2%)	79	(2%)
Non précisé	1 092	(10%)	388		1 297	(11%)	393	(10%)
TOTAL	10 503	73%	3 856	27%	11 859	75%	3 978	25%

Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement

Dans le cadre des atteintes aux biens, on peut logiquement constater que ce sont les personnels de sécurité qui interviennent le plus.

La part d'intervention des forces de l'ordre est relativement peu élevée. Les personnels dans les cas très graves, doivent gérer ce temps entre les faits et l'arrivée des forces de l'ordre qui ont été appelées.

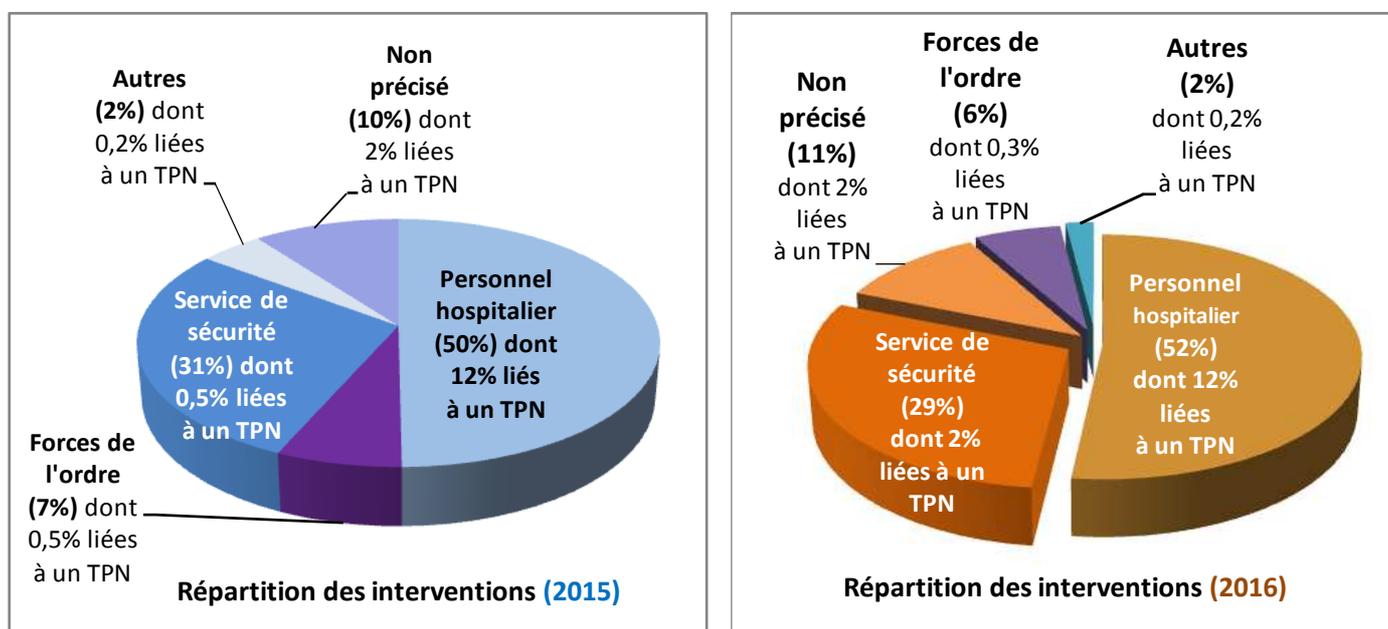
Les formations professionnelles dispensées sur la gestion des tensions et de l'agressivité sont particulièrement importantes et se révèlent extrêmement utiles afin de mieux prévenir et gérer les moments de violence.²⁷ L'Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier (ANFH) propose plusieurs formations. Diverses méthodes existent. Il convient de trouver celle adaptée aux types de violences subies dans les services, lieux et unités, car la violence est protéiforme et ressentie différemment par les personnels.

Des initiatives locales permettent également de développer ces compétences. Ces formations, de qualité, doivent faire l'objet d'un suivi régulier afin que les personnels maintiennent leur niveau de compétence et que chaque nouvel arrivant puisse s'insérer dans un dispositif commun de prévention et de gestion des violences. Lorsque cela est possible, une formation collective de l'ensemble d'une unité, d'un groupe, est la meilleure solution afin de créer cet esprit de cohésion et d'éviter un décalage entre les personnels formés et ceux qui ne le sont pas.

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

Le suivi par un psychologue (interne ou extérieur à l'établissement) permet d'offrir un soutien conséquent aux personnels qui, à la suite d'une intervention parfois très violente, tant physiquement que psychologiquement, sont éprouvés et ressentent un stress post-traumatique quelques jours, voire quelques semaines après.

Graphique 21. Répartition des interventions avec la prise en compte d'un TPN



Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement

²⁷ À titre de comparaison, on se reportera utilement au Guide ONVS, page 37, § « La prévention du passage à l'acte », note 26, dans le cadre de la lutte contre l'indiscipline et la violence des passagers dans les avions. Cette insécurité préoccupe particulièrement l'ensemble de la profession aérienne. La prévention mise en place au sein des compagnies au niveau international est à plus d'un titre intéressante pour les personnels de santé tandis que le cœur de métier, tant des personnels navigants que des personnels de santé, n'est pas d'être des policiers ou des gendarmes. http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_onvs_-_prevention_atteintes_aux_personnes_et_aux_biens_2017-04-27.pdf

II.5 Les suites données

Les signalements de violence par les établissements ont donné lieu :

- **en 2015** à 2 121 plaintes et à 224 mains-courantes, dont 514 plaintes et 42 mains courantes déposées par les établissements eux-mêmes.

34,1% des plaintes (soit 725) concernaient des faits d'atteintes à la personne :

- ✓ 145 pour des faits de niveau 1 (injures, etc.),
- ✓ 190 pour des faits de niveau 2 (menaces, etc.),
- ✓ 356 pour des faits de niveau 3 (violences volontaires, etc.),
- ✓ 34 pour des faits de niveau 4 (violences avec arme, etc.).

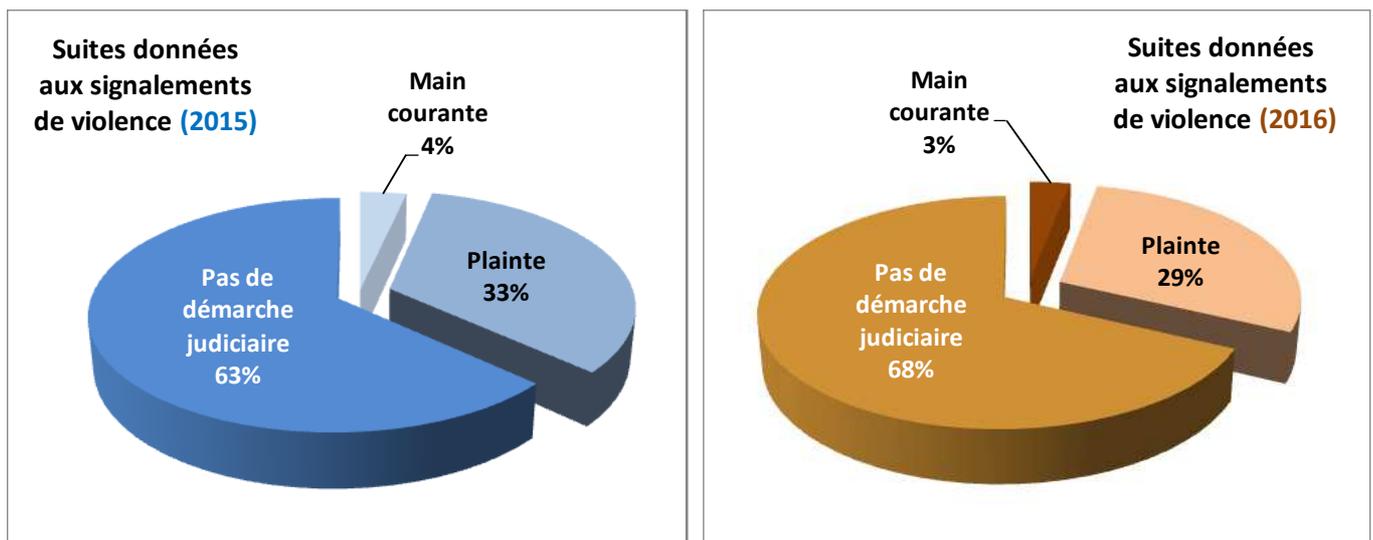
- **en 2016** à 1 993 plaintes et à 215 mains-courantes, dont 491 plaintes et 65 mains courantes déposées par les établissements eux-mêmes.

35,5% des plaintes (soit 709) concernaient des faits d'atteintes à la personne :

- ✓ 148 pour des faits de niveau 1 (injures, etc.),
- ✓ 157 pour des faits de niveau 2 (menaces, etc.),
- ✓ 370 pour des faits de niveau 3 (violences volontaires, etc.),
- ✓ 34 pour des faits de niveau 4 (violences avec arme, etc.).

Tableau 20. et graphique 22. Suites données aux signalements de violence

	2015	2016
Mains-courantes	224	215
Plaintes	2 121	1 993
Signalements n'ayant donné lieu à aucune démarche judiciaire	4 032	4 676
TOTAL	6 377	6 884



Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement

Il faut relativiser d'autant plus ces données que dans 60% des cas en 2015 (soit 9 613 autres signalements) et dans 61 % des cas en 2016 (soit 10 712 autres signalements) les suites données ne sont pas renseignées par les établissements.

Tandis que les signalements de faits de violence sont en hausse, les dépôts de plaintes ont diminué ainsi que les mains-courantes. Il est difficile d'expliquer les raisons de cette baisse car divers facteurs peuvent entrer en ligne de compte (v. en introduction de ce rapport, pp. 5 et 6).

De fait, le ministère de la justice n'a pas de remontées particulières de la part des parquets concernant un nombre important de dépôts de plaintes des personnels de santé.²⁸ Ces derniers ne se signalent pas outre-mesure alors pourtant qu'ils bénéficient d'une protection pénale renforcée (v. art 433-3 et 222-13 du code pénal).

- **En 2015**, sur les 2 121 plaintes, les suites sont ignorées pour 1 920 d'entre elles (90,5%).
Sur les 201 plaintes dont les suites sont renseignées par les établissements, on compte :
 - ✓ 37 comparutions immédiates,
 - ✓ 41 convocations ultérieures en justice,
 - ✓ 105 enquêtes en cours (préliminaire, commission rogatoire),
 - ✓ 18 classements sans suite,
 - ✓ 17 condamnations à des peines d'emprisonnement dont 13 pour des atteintes aux personnes ; des violences de niveau 3 et une de niveau 4),
 - ✓ 3 condamnations à des peines d'amende (niveaux 1 et 2),
 - ✓ 2 rappels à la loi (niveaux 1 et 3).

- **En 2016**, sur les 1 993 plaintes, les suites sont ignorées pour 1 847 d'entre elles (92,6%).
Sur les 146 plaintes dont les suites sont renseignées par les établissements, on compte :
 - ✓ 27 comparutions immédiates,
 - ✓ 29 convocations ultérieures en justice,
 - ✓ 72 enquêtes en cours (préliminaire, commission rogatoire),
 - ✓ 18 classements sans suite,
 - ✓ 20 condamnations à des peines d'emprisonnement dont 17 pour des atteintes aux personnes (4 pour des violences de niveau 2 ; 11 pour des violences de niveau 3 ; 2 pour des violences de niveau 4),
 - ✓ 8 condamnations à des peines d'amende (niveaux 2 et 3),
 - ✓ 5 rappels à la loi (niveaux 2 et 3).

²⁸ Source : DGOS.

ANNEXES

La fiche de signalement ONVS

Intégrée dans la « plateforme signalement ONVS » et mise en ligne sur les pages dédiées à l'ONVS sur le site du ministère des solidarités et de la santé, cette fiche détaillée permet de bien sérier les phénomènes de violences et d'incivilités et leurs circonstances. [Fiche de signalement - ONVS](#)

 DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ	Cette fiche ne remplace en aucun cas le déclenchement des procédures habituelles d'alerte	FICHE DE SIGNALEMENT 	L'ONVS 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.solidarites-sante.gouv.fr/onvs																																																																																	
Champ libre pour les établissements (Précisions sur le lieu, nom prénom du déclarant par exemple)																																																																																				
Informations générales Date de l'événement : / / Heure de l'événement : : Structure : Description anonymisée des faits :																																																																																				
Circonstances Causes de violences Reproche relatif à une prise en charge : <input type="checkbox"/> Temps d'attente jugé excessif : <input type="checkbox"/> Refus de prescription : <input type="checkbox"/> Atteinte au principe de laïcité : <input type="checkbox"/> Règlement de compte : <input type="checkbox"/> Diagnostic non accepté : <input type="checkbox"/> Refus de soins : <input type="checkbox"/> Suicide ou tentative : <input type="checkbox"/> Alcoolisation : <input type="checkbox"/> Drogue : <input type="checkbox"/> Automutilation : <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"/> Aucune : <input type="checkbox"/>																																																																																				
Préjudices 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 principal : 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"/> Menaces 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"/> Dégradation 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 avec 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 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 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 <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Femmes</th> <th>Hommes</th> <th></th> <th>Femmes</th> <th>Hommes</th> <th></th> <th>Femmes</th> <th>Hommes</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Médecins ou assimilés :</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td>Personnels administratifs :</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td>Détenus :</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Infirmiers :</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td>Agents de sécurité :</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td>Visiteurs :</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Personnels soignants :</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td>Patients :</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td>Autres :</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="9">Établissement victime : <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> Nombre d'auteurs <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Femmes</th> <th>Hommes</th> <th></th> <th>Femmes</th> <th>Hommes</th> <th></th> <th>Femmes</th> <th>Hommes</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Médecins ou assimilés :</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td>Personnels administratifs :</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td>Détenus :</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Infirmiers :</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td>Agents de sécurité :</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td>Visiteurs :</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Personnels soignants :</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td>Patients :</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td>Autres :</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>					Femmes	Hommes		Femmes	Hommes		Femmes	Hommes	Médecins ou assimilés :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Personnels administratifs :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Détenus :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Infirmiers :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Agents de sécurité :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Visiteurs :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Personnels soignants :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Patients :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Autres :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Établissement victime : <input type="checkbox"/>										Femmes	Hommes		Femmes	Hommes		Femmes	Hommes	Médecins ou assimilés :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Personnels administratifs :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Détenus :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Infirmiers :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Agents de sécurité :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Visiteurs :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Personnels soignants :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Patients :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Autres :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Femmes	Hommes		Femmes	Hommes		Femmes	Hommes																																																																												
Médecins ou assimilés :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Personnels administratifs :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Détenus :	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																												
Infirmiers :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Agents de sécurité :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Visiteurs :	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																												
Personnels soignants :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Patients :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Autres :	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																												
Établissement victime : <input type="checkbox"/>																																																																																				
	Femmes	Hommes		Femmes	Hommes		Femmes	Hommes																																																																												
Médecins ou assimilés :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Personnels administratifs :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Détenus :	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																												
Infirmiers :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Agents de sécurité :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Visiteurs :	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																												
Personnels soignants :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Patients :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Autres :	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																												
Victimes/auteurs Bilan chiffré Nombre total de jours d'arrêt de travail : Nombre total de jours d'ITT : Estimation du montant des dégradations : Estimation du montant des vols : Mode opératoire Mode opératoire du vol avec effraction : L'arme a-t-elle été utilisée : Type d'arme de l'auteur de l'événement : Suites Suite engagée (plainte, main courante, etc.) : Qui a déposé (victime, États) : Suite judiciaire : Condamnation prononcée Peine de prison : <input type="checkbox"/> Amende : <input type="checkbox"/> Rappel à la loi : <input type="checkbox"/> Autres : <input type="checkbox"/>																																																																																				
Commentaires Description des dégradations : Commentaire général :																																																																																				

L'échelle de gravité des signalements de l'ONVS²⁹

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 : lampe, véhicule, etc.), viol et tout autre fait qualifié de crime (meurtre, violences volontaires entraînant mutilation ou infirmité permanente, 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** : dégradation 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.).

²⁹ <http://social-sante.gouv.fr/dgos/onvs>

Liste des sigles utilisés

ALD : Admission de longue durée
 AP-HM : Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille
 AP-HP : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris
 AS : Aide-soignante
 ASH : Agent de service hospitalier
 AT : Arrêt de travail
 CATTP : Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
 CMP : Centre médico-psychologique
 DATI : Dispositif d'alerte du travailleur isolé
 EBL : Établissement à but lucratif
 EBNL : Établissement à but non lucratif
 EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
 EPS : Établissement public de santé
 ESPIC : Établissement de santé privé d'intérêt collectif
 HAS : Haute autorité de santé
 IAO : Infirmière d'accueil et d'orientation
 IDE : Infirmière diplômée d'État
 ITT : Interruption totale de travail
 MAS : Maison d'accueil spécialisé
 MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique
 OMS : Organisation mondiale de la santé
 ONVS : Observatoire national des violences en milieu de santé
 PSE : Plan de sécurisation des établissements de santé
 PMI : Protection maternelle infantile
 PTI : Protection du travailleur isolé
 SAMU : Service d'aide médicale urgente
 SAUP : Service d'accueil et d'urgences pédiatriques
 SAUV : Salle d'accueil des urgences vitales
 SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile
 SPDRE : Soins psychiatriques à la demande du représentant de l'État
 SSR : Soins de suite et de réadaptation
 TPN : Trouble psychique ou neuropsychique
 UCC : Unité cognitivo-comportementale
 UCSA : Unité de consultation et de soins ambulatoires
 UHCD : Unité d'hospitalisation de courte durée
 UHSA : Unité d'hospitalisation de soins adaptés
 UHSI : Unité d'hospitalisation de soins intensifs
 UHTCD : Unité d'hospitalisation de très courte durée
 UMD : Unité pour malades difficiles
 UMJ : Unité médico-judiciaire
 USLD : Unité de soins de longue durée