

RAPPORT SUR LES VIOLENCES À L'ENCONTRE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

44 propositions pour des soins en sécurité

*« Le danger, pour la vie, est de s'habituer à toutes les
petites violences de la vie quotidienne, et de finir par
trouver cela normal »*

Chantal PRIOUL, Formations Éthiques

Docteur Jean-Christophe MASSERON, Président SOS Médecins France
Madame Nathalie NION, Cadre Supérieure de Santé, APHP

Synthèse

Si nos travaux portent sur le phénomène des violences en milieu de santé, ils s'inscrivent dans un contexte global de montée de la violence dans notre société, notamment depuis la pandémie de la Covid-19. Les données statistiques 2022 du Service Statistique Ministériel de la Sécurité Intérieure (SSMSI) vont dans ce sens avec une augmentation globale, entre 2021 et 2022, de 15% des coups et blessures volontaires et de 11% des violences sexuelles (viols, tentatives de viol et autres agressions sexuelles incluant le harcèlement).

Concomitamment, on observe une défiance assumée de l'autorité sous toutes ses formes (forces de l'ordre, éducation, élus, etc.), y compris de « l'autorité médicale ». Une enquête menée auprès d'un échantillon de Français ainsi que d'un échantillon de personnel soignant en février 2023 note que les soignants sont deux fois plus nombreux que l'ensemble de la population active à subir des incivilités et des violences physiques ou verbales au travail. 37% des professionnels de santé hospitaliers disent subir régulièrement des agressions physiques et ce chiffre s'élève à 84% pour les aides-soignants selon le baromètre MNH-Odoxa 2022.

Face à ces violences en milieu de santé, les pouvoirs publics conduisent des politiques de prévention des risques depuis de nombreuses années. Par l'investissement dans les établissements de santé, la mise en place d'un observatoire des violences (rebaptisé Observatoire Nationale des Violences en Santé en 2012) ou encore une coopération renforcée entre les ministères de la Santé, de l'Intérieur et de la Justice, l'Etat a déployé des actions pour endiguer ces violences inacceptables. Malgré cela, les données de l'ONVS mettent en avant depuis plusieurs années près de 20 000 signalements de violences par an, ce qui représente environ 30 000 atteintes aux personnes et 5 000 atteintes aux biens chaque année.

Les conséquences de ces violences sont majeures, tant par ce qu'elles représentent comme traumatisme à l'échelle d'une victime que par la manière dont elles marquent les esprits à l'échelle d'une communauté de soignants. Lutter efficacement contre ces agressions revêt donc un enjeu crucial, à la fois pour la santé des professionnels de santé mais aussi pour l'attractivité des métiers. Il faut créer les conditions permettant d'assurer la bonne santé physique et psychique des soignants, et donc de soigner dans une atmosphère de travail apaisée et sereine : cela passe bien évidemment par le maintien d'un environnement apaisé et sécurisé. Face à ce constat, il apparaît donc urgent de mettre en place ou de renforcer les mesures préventives et de protection pour assurer la sécurité et le bien-être des professionnels de santé et garantir un environnement sain et sûr pour dispenser les soins.

Nous présentons donc, dans ce rapport, les six axes que nous avons identifiés permettant de structurer une réponse aux problématiques soulevés ci-dessus :

- Agir sur les déterminants des violences
- Acculturer les professionnels
- Mieux objectiver les faits de violences internes et externes
- Accompagner et soutenir les victimes
- Préparer les futurs professionnels
- Communiquer auprès de tous les acteurs.

La mission confiée par la ministre déléguée visant à la définition de mesures concrètes et suscitant l'adhésion des parties prenantes de la sécurité des soignants, nous formulons ainsi 44 propositions permettant de poursuivre 13 objectifs, dont le détail est proposé en introduction du rapport.

Agir sur les déterminants de la violence passe donc par l'amélioration des conditions d'accueil des patients et de leurs proches, ainsi que par le renforcement du sentiment de sécurité des professionnels de santé. Les auditions ont très clairement mis en avant le rôle que pouvaient prendre la douleur, la crainte ou l'incompréhension des patients, dans la montée en tension qui précède l'occurrence d'un fait de violence. De la même manière, outiller les professionnels pour réagir et concevoir les espaces d'accueil des patients en intégrant les considérations de sécurité bâtementaire sont des gages d'une sécurité accrue.

Acculturer les professionnels de santé aux questions de sûreté, quand bien même ils considèrent qu'elles ne relèvent pas de leurs compétences ou de leur métier, est tout aussi indispensable. Développer les connaissances et les compétences, déployer largement les formations et créer des synergies au sein des collectifs de travail sont des incontournables pour que tous les professionnels de santé deviennent acteurs de la sécurité, en établissement comme en ville.

Mieux objectiver les faits de violences internes et externes permettra de mieux les appréhender et de mieux y répondre. A ce titre, nous avons identifié que la coexistence de plusieurs acteurs investis sur les missions est de nature à nuire à la lisibilité des outils et des missions de chacun. Un travail de coopération en la matière serait de nature à clarifier la procédure aux yeux des victimes. De plus, nous encourageons à mobiliser les données ainsi acquises pour les réinvestir sur le terrain et in fine améliorer la sécurité des professionnels.

Accompagner et soutenir les victimes est un impératif au regard du caractère inacceptable des agressions qu'elles subissent. Très concrètement, renforcer cet accompagnement passera par une meilleure association de tous les acteurs concernés autour d'outils de soutien opérationnels. Parallèlement, nous questionnons l'opportunité de faire évoluer la réponse pénale apportée à ces agressions afin de la rendre plus efficace.

Préparer les futurs professionnels est une priorité si nous aspirons à changer profondément l'approche des soignants face à la violence, notamment entre professionnels, à laquelle ils sont confrontés. Consacrer une partie du rapport au cas des étudiants est d'autant plus légitime au regard de leur investissement dans notre concertation. Il faudra à la fois mettre en œuvre un encadrement de qualité aux étudiants et faciliter un signalement rendu délicat par leur place particulière, bien souvent entre le terrain de stage et l'université ou l'institut de formation.

Communiquer auprès de tous les acteurs constituera là-aussi un enjeu à ne pas négliger : la répétition de messages sur le respect dû aux professionnels de santé doit permettre de recréer du lien avec les usagers. Sensibiliser les soignants, aux enjeux de déclaration systématique par exemple, contribuera également au développement d'une culture santé-sécurité élargie.

Conformément à la demande formulée par la ministre déléguée lors du lancement de la mission, certaines de ces propositions adressent le court terme, l'urgence même de répondre à des violences insupportables, alors que d'autres correspondent plutôt à des chantiers de moyen terme dont il faut s'emparer dès maintenant. Indépendamment de leur portée, elles nécessiteront toutes la mobilisation des parties prenantes pour leur mise en œuvre, tout comme elles les auront mises à contribution pour leur élaboration.

SOMMAIRE

Cadre de la concertation	5
Contexte.....	5
Méthodologie	11
Synthèse des propositions.....	12
Mieux connaître le phénomène.....	14
Un contexte de crise du système de santé	14
Une sous-déclaration commune à toutes les professions	14
Des faits à la portée sous-estimée	14
Des facteurs liés aux patients ou à leurs proches.....	15
Une omerta autour des violences internes	15
La cohabitation de plusieurs systèmes de signalements.....	15
D'autres professionnels hors du champ des professions de santé	16
Propositions.....	18
Axe 1 : agir sur les déterminants des violences	18
Objectif : améliorer les conditions d'accueil des patients et leur(s) proche(s).....	18
Proposition 1 : identifier les secteurs de soins « à risque augmenté »	18
Proposition 2 : adapter les effectifs à la charge en soins	18
Proposition 3 : renforcer les politiques de prévention.....	19
Proposition 4 : améliorer les flux de patients et leur parcours dans les unités de soins	19
Proposition 5 : former les personnels d'accueil à une meilleure communication.....	21
Proposition 6 : créer des environnements apaisants	21
Proposition 7 : financer le déploiement d'expertises complémentaires dans les structures les plus à risque	21
Proposition 8 : améliorer la délivrance d'informations aux patients et leur(s) proches.....	22
Proposition 9 : collaborer avec les patients.....	23
Objectif : renforcer le sentiment de sécurité des professionnels.....	23
Proposition 10 : disposer de recommandations nationales en matière de sécurité bâtementaire.....	23
Proposition 11 : impliquer les responsables sécurité/sûreté dans les projets bâtementaires.....	24
Proposition 12 : intégrer des experts de la sécurité/sûreté dans la procédure de certification des établissements.....	24
proposition 13 : renforcer la protection fonctionnelle dans les hôpitaux publics.....	24
proposition 14 : faire évoluer le cadre légal de la sécurité incendie et de la sûreté	26
proposition 15 : financer des dispositifs de protection et d'alerte.....	27
proposition 16 : proposer des équipements de protection pour les professionnels de première ligne	29
proposition 17 : financer des équipements de sécurité dans le secteur libéral.....	29
Axe 2 : acculturer les professionnels	30
Objectif : développer les connaissances et les compétences	30
Proposition 18 : consolider les compétences des managers	30
proposition 19 : sensibiliser et former tous les professionnels.....	30
Objectif : faciliter l'accès aux formations.....	31
Proposition 20 : sortir du forfait les formations de l'orientation 295 du dpc.....	31
proposition 21 : adapter les modalités de formation aux contraintes hospitalières	31
proposition 22 : professionnaliser les référents sécurité ou violences des ordres et urps	32
Objectif : faire du collectif de travail une ressource et une source de résilience.....	32
Proposition 23 : développer les collaborations pluri-professionnelles	32
proposition 24 : organiser des espaces de discussion sur le travail	32

Axe 3 : mieux objectiver les faits de violences internes et externes	33
Objectif : clarifier les circuits de déclaration, les rôles et missions des acteurs de la chaîne	33
Proposition 25 : converger vers une synergie des systèmes de déclaration.....	33
Proposition 26 : renforcer les moyens de l'onvs au sein de la dgos	34
Objectif : réinvestir les données du terrain	35
Proposition 27 : engager des travaux de recherche sur la santé des professionnels.....	35
Proposition 28 : réaliser des retours d'expérience, des reportings auprès des équipes	35
Axe 4 : accompagner et soutenir les victimes	36
Objectif : disposer d'outils de soutien opérationnels	36
Proposition 29 : impliquer systématiquement les ordres professionnels dès lors qu'une plainte est déposée par un de leur membre.....	36
Proposition 30 : réactiver les conventions santé-sécurité-justice.....	36
Proposition 31 : faciliter l'accès à un avocat.....	39
Proposition 32 : faire connaître les dispositifs de soutien psychologique.....	39
Objectif : aller plus loin en matière de protection et de réponse pénale	40
Proposition 33 : faire évoluer les textes en vigueur.....	40
Axe 5 : préparer les futurs professionnels.....	44
Objectif : offrir un encadrement de qualité aux étudiants	44
Proposition 34 : former les encadrants de stages.....	44
Proposition 35 : formaliser les engagements enseignants-étudiants-encadrants.....	44
Proposition 36 : créer des plateformes d'évaluation des lieux de stages par les étudiants pour toutes les filières des études en santé.....	44
Proposition 37 : labelliser les terrains de stage	45
Objectif : rendre dicible l'indicible	45
Proposition 38 : améliorer la visibilité de la cnaes et désigner au mois un référent national ou local par filière de santé.....	45
Proposition 39 : étendre et adapter le principe de suspension d'agrément de stages à toutes les filières des études en santé	46
Proposition 40 : sensibiliser avant leur premier stage les étudiants au sujet des violences externes et internes.....	46
Proposition 41 : protéger les lanceurs d'alerte	47
Axe 6 : communiquer auprès de tous les acteurs	48
Objectif : recréer du lien entre usagers et professionnels de santé	48
Proposition 42 : organiser une campagne nationale.....	48
Objectif : contribuer au développement d'une culture santé-sécurité élargie	48
Proposition 43 : sensibiliser les nouveaux professionnels lors de leur prise de poste	48
Proposition 44 : disposer d'un kit ministériel de communication	48
Conclusion	49
Annexes.....	50
Annexe 1 : remerciements et auditions.....	50
Remerciements.....	50
Auditions.....	51
Annexe 2 : liste des abréviations, sigles ou acronymes utilisés	54
Annexe 3 : questionnaire	56
Annexe 4 : échelle de gravité des signalements de l'onvs	58
Annexe 5 : protection pénale actuelle des professionnels de santé	59
Annexe 6 : lettres de mission	61

Cadre de la concertation

Contexte

Cette concertation autour du phénomène des violences en santé s'inscrit dans une politique ministérielle volontariste d'amélioration des conditions d'exercice des professionnels de santé sur l'ensemble du territoire. Si le phénomène des violences en santé n'est pas nouveau, il semble s'accélérer à l'échelle de toute la société. Les premières données statistiques 2022 du Service Statistique Ministériel de la Sécurité Intérieure (SSMSI) vont dans ce sens avec une augmentation globale, entre 2021 et 2022, de 15% des coups et blessures volontaires et de 11% des violences sexuelles (viols, tentatives de viol et autres agressions sexuelles incluant le harcèlement)¹.

Ces travaux interviennent effectivement dans un contexte de société globalement violente, prise en étau dans des successions de crises diverses et parfois simultanées. Les difficultés auxquelles notre société fait face sont devenues systémiques, permanentes : crises économiques, problèmes de pouvoir d'achat ; changements sociétaux, crise identitaire et risque communautariste ; précarité sociale, culturelle, éducative, affective ; carences voire violences intrafamiliales ; problèmes de sécurité intérieure ; changement climatique, enjeux écologiques, alimentaires et problèmes de mobilité, conflits armés à l'échelle du monde... Sans oublier la pandémie mondiale du Covid-19, qui a ébranlé le monde et les sociétés dans leurs fondamentaux, notamment en raison des confinements successifs, des mesures diverses prises par les États et vécues comme autant de privations de liberté. L'émergence du télétravail, les changements d'habitudes organisationnelles opérés pendant la crise sanitaire ont tantôt permis de la solidarité, mais sans doute plus souvent encore favorisé le repli sur soi et l'émergence d'une société plus individualiste, plus centrée sur les individus, la cellule familiale resserrée, les loisirs...

Les crises se succèdent et deviennent comme un bruit de fond. Elles sont anxiogènes, engendrent malheureusement des peurs et nous peignons à faire société. Tous les secteurs des services, les administrations, la fonction publique, le commerce, la santé, tous ces métiers qui impliquent des interactions humaines ont vu leurs conditions de travail se dégrader. L'éducation nationale, les métiers de la sécurité intérieure (Police, Gendarmerie), de la sécurité civile (Sapeurs-Pompiers), la justice, les administrations publiques, le commerce, le secteur sanitaire et social... Autant de métiers qui connaissent une dégradation de la qualité de vie au travail pour des raisons, espérons-le, essentiellement conjoncturelles.

Par ailleurs, nous observons une défiance de l'autorité sous toutes ses formes (forces de l'ordre, éducation, élus, etc.), assumée par toute une frange de la société. C'est d'ailleurs souvent l'État, au travers de ces figures d'autorité, qui est ainsi remis en question et défié. Par analogie, « l'autorité médicale » (au sens « experte » et non « autoritaire »), exercée par extension par tous ceux qui nous soignent, est également remise en question perpétuellement. Il existe une perte de confiance globale et une perte de repères, avec disparition des limites et des règles de fonctionnement collectivement admises de notre société. Il y a ensuite un chemin naturel entre la perte des valeurs morales, le non-respect et l'avènement des violences de toutes natures.

En 2000, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)² s'intéresse à l'impact de la violence sur la santé. Elle pose comme définition de la violence, *"la menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou*

¹ <https://www.interieur.gouv.fr/actualites/communiqués/insecurite-et-delinquance-en-2022-premiere-photographie>

² https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42545/9242545619_fre.pdf

du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mal-développement ou des privations". L'inclusion du terme « pouvoir », en plus de l'expression « utilisation de la force physique » élargit la nature de l'acte violent et la définition conventionnelle de la violence aux actes qui résultent d'une relation de pouvoir, en y comprenant les menaces et l'intimidation". L'OMS montre alors que la violence est l'une des principales causes de décès des 15 à 44 ans dans le monde, et qu'elle est responsable d'environ 14% des décès chez les hommes et de 7% des décès chez les femmes.

Sur le lieu de travail, la violence est devenue un problème prioritaire et relève selon l'OMS d'un défi planétaire. Elle concerne les violences physiques et psychiques. Elle est intégrée génériquement au domaine de la « sécurité et santé au travail » (SST), et à partir des années 2000, sous le prisme des « risques psycho-sociaux » (RPS) qui incluent selon la définition de l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS) le stress, les violences internes et les violences externes³.

Depuis plusieurs années, les professionnels de santé sont de plus en plus exposés à des actes de violence et d'agressions physiques et verbales de la part de certains patients, de leurs proches ou d'autres personnes en contact avec le milieu de la santé. Au niveau international, les violences aux professionnels de santé sont un phénomène qui s'étend aussi bien dans les pays industrialisés que les pays en voie de développement. Selon les derniers chiffres publiés par l'OMS en février 2022, 38% des professionnels de la santé dans le monde sont victimes de violences physiques à un moment ou à un autre de leur carrière.

Une enquête menée auprès d'un échantillon de français ainsi que d'un échantillon de personnel soignant en février 2023⁴ note que les soignants sont deux fois plus nombreux que l'ensemble de la population active à subir des incivilités et des violences physiques ou verbales au travail. 37% des professionnels de santé hospitaliers disent subir régulièrement des agressions physiques et ce chiffre s'élève à 84% pour les aides-soignants selon le baromètre MNH-Odoxa 2022.

Des mesures législatives assurant la protection des professionnels de santé ont été mises en place dès 1983⁵, chargeant les collectivités publiques de la protection fonctionnelle de leurs fonctionnaires, notamment contre des menaces et violences de toute nature, et leur réparation. En 2021, des dispositions vont même jusqu'à permettre au directeur d'un établissement chargé d'une mission de service public de déposer plainte dans un cadre strict : « *user de menaces ou de violences ou (de) commettre toute autre acte d'intimidation à l'égard de toute personne participant à l'exécution d'une mission de service public, afin d'obtenir pour soi-même ou pour autrui une exemption totale ou partielle ou une application différenciée des règles qui régissent le fonctionnement dudit service* »⁶.

En termes opérationnels, en décembre 2000, une première circulaire de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) demande aux établissements de décliner une politique de prévention et de prise en charge des actions de violence, via des appels à projets par les agences régionales. Depuis, les fonds de financement de projets à la main des agences régionales (fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés à partir de 2001, puis fonds pour la modernisation et l'investissement en santé - FMIS depuis 2021) permettent la réalisation de projets d'équipement ou de formation du personnel. Depuis 2021, le FMIS peut être attribué aux communautés

³ [Risques psychosociaux \(RPS\). Ce qu'il faut retenir - Risques - INRS](#)

⁴ Source HOSPIMEDIA, publié le 8/03/2023

⁵ [Articles L134-1 à L134-12 du Code général de la fonction publique](#)

⁶ [Article 433-3-1 - Code pénal - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)

professionnelles territoriales de santé, aux centres et maisons de santé et aux établissements et services médico-sociaux.

En juillet 2005, l'Observatoire national de la violence en milieu hospitalier (ONVH) est mis en place au sein de la DHOS. Sa mission est de coordonner et d'évaluer les politiques mises en œuvre. Son action se centre sur la remontée des faits de violence via les agences régionales.

En 2005, un protocole interministériel permet de nouer des liens entre les forces de sécurité et les établissements de santé. Il prévoit la désignation d'un correspondant sécurité de la police ou de la gendarmerie pour chaque établissement de santé, la réalisation d'un diagnostic permettant au directeur de l'établissement d'apporter les adaptations préventives nécessaires, et la facilitation du dépôt de plainte. Ce protocole a été modifié et complété en 2010 en y associant le ministère de la justice, les conventions prévues étant alors désignées comme « conventions santé-sécurité-justice ». En 2011, ces conventions ont été étendues aux professionnels libéraux dont les sept Ordres de professionnels de santé.

En 2012, l'ONVH devient l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé (ONVS), avec une nouvelle plateforme informatique étendue au secteur médico-social et un outil affiné qui permet une remontée directe de la part des établissements vers l'ONVS. Des pages Web lui sont dédiées sur le site du ministère. Une documentation pratique est ainsi mise en ligne, comportant : guides, fiches réflexes, chartes et autres documents élaborés par la DGOS, le ministère de l'Intérieur (Police et Gendarmerie nationales) ou encore le ministère de la justice. Certaines bonnes pratiques déployées par des établissements de santé sont aussi relayées⁷.

En 2016 et 2017, deux instructions ministérielles traitent des mesures à mettre en œuvre concernant respectivement la sécurisation des établissements de santé et celle des établissements sociaux et médico-sociaux. Elles instaurent le Plan de sécurisation d'établissement (PSE) : mesures de sécurité des systèmes d'information, recommandations particulières concernant la mise en œuvre des conventions santé-sécurité-justice, sensibilisation et formation des professionnels de santé.

En janvier 2023, des travaux de refonte de la plateforme-signalment de l'ONVS ont abouti à un outil amélioré tant sur la forme que sur le fond, et qui intègre désormais les violences envers les professionnels libéraux (exercice de ville). Les instituts de formation peuvent également déclarer les violences. Ainsi, par cette plateforme, l'ONVS peut avoir une connaissance toujours plus affinée des divers types de violences, d'auteurs et de victimes, ainsi que des circonstances dans lesquelles elles surviennent. À cette occasion, le sigle de l'ONVS, bien qu'inchangé, connaît une modification quant à son contenu et devient : Observatoire National des Violences en Santé⁸.

Toutes les données de l'ONVS montrent ces dernières années environ 20 000 signalements de violences par an. Ces signalements font état de 30 000 atteintes aux personnes et 5 000 atteintes aux biens chaque année. Les atteintes aux personnes déclarées sont majoritairement de niveau élevé⁹ (50% de niveau 3 et 5% de niveau 4). Les violences verbales (outrages par paroles et gestes, menaces physiques, menace de mort), bien que moins souvent déclarées, font l'objet d'une attention particulière dans le dernier rapport

⁷ [Documentation pratique sur la prévention et la lutte contre les atteintes aux personnes et aux biens en milieu de santé - Ministère de la Santé et de la Prévention \(solidarites-sante.gouv.fr\)](https://solidarites-sante.gouv.fr)

⁸ [Sur les actions de l'ONVS sur le terrain, voir : https://sante.gouv.fr/professionnels/ameliorer-les-conditions-d-exercice/observatoire-national-des-violences-en-sante/](https://sante.gouv.fr/professionnels/ameliorer-les-conditions-d-exercice/observatoire-national-des-violences-en-sante/)

⁹ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_onvs_2022_donnees_2020-2021_.pdf : Niveau 1 : injures, insultes... ; Niveau 2 : menaces d'atteinte physique ou de mort... ; Niveau 3 : violences physiques sans arme, menace avec arme, agression sexuelle... ; Niveau 4 : violences avec armes, viol, prise d'otage, séquestration...

de l'ONVS du fait de leur fréquence et de leurs nombreux impacts négatifs. L'Observatoire exprime même clairement que la lutte contre ce type de violences « *est donc un objectif majeur d'une politique de sécurisation au sein d'un établissement, laquelle permettra, par conséquent, de faire baisser les violences physiques* ».

L'observatoire de la sécurité des médecins du conseil national de l'ordre des médecins¹⁰, retrouve environ 841 déclarations par an (environ 1 000 par an depuis 2013). Le recensement 2022 paru ce mois de mai fait état de 1244 déclarations (+23%). Les incidents étaient des agressions verbales et menaces (73%), des vols ou tentatives de vol (10%), des agressions physiques (7%) puis du vandalisme (7%). 4% à 10% des incidents sont « graves » c'est-à-dire entraînent une interruption de travail (données 2003-2022).

En milieu hospitalier, l'Observatoire national des violences en santé (ONVS) retrouve que la majorité des soignants victimes de violence sont les infirmiers (47%) suivis des autres soignants hors-médecins (45%) puis les médecins (8%). Il s'agit majoritairement de femmes (3/4). Le secteur de la psychiatrie est le plus touché (22% des signalements), suivi des USLD/EHPAD (13%) et les services d'urgence (12%).

Concernant les médecins en milieu extrahospitalier, l'Observatoire de la sécurité des médecins retrouvait 737 incidents concernant les médecins exerçant en ville (75% des 1 244 incidents déclarés en 2022). Les médecins victimes sont principalement des généralistes (71% en 2022). Les spécialistes les plus touchés en 2021 étaient les cardiologues et les psychiatres. Les médecins étaient pour 56% des femmes en 2022 (*versus* un ratio femme/homme de 1 dans la population de médecins).

Concernant les infirmiers et infirmières en milieu extrahospitalier, l'ordre des infirmiers rapporte 68 signalements en 2015, dont environ 70% au domicile d'un patient. Il s'agissait principalement d'insultes (56% des violences), de coups et blessures (21%) et de menaces avec arme ou objet contondant (12%).

Concernant les Masseurs Kinésithérapeutes Diplômé d'État (MKDE) en milieu extrahospitalier, il y a peu de données disponibles quant aux violences à leur encontre. Les quelques remontées de terrain font état de difficultés avec certains patients, en raison de la nature des soins prodigués et de la confusion liée à certaines représentations de leur métier dans l'inconscient collectif. Certains préconisent même d'abandonner le terme « masseur » au profit de « kinésithérapeute ».

Concernant les sages-femmes, les chirurgiens-dentistes et les autres professionnels de santé, aucune donnée publique n'est disponible en France. L'ONVS rapporte que 45% des soignants victimes de violences n'étaient ni médecin ni infirmier, mais majoritairement des aides-soignants.

Une revue systématique internationale permet d'avoir des indications sur les violences en milieu extrahospitalier¹¹. Cette revue de littérature montre que le sujet était relativement peu présent avec seulement 18 articles sélectionnés. Les médecins signalaient une prévalence de violence (carrière entière) de 24,4% à 59,3%, les infirmières de 9,5% à 62,1%, le personnel d'accueil de 15,1% à 68,4% et les « techniciens » de 24,5% à 40%. Un facteur de risque retrouvé était de travailler le soir ou la nuit, en comparaison du matin. Le lien entre nombre d'années d'expérience professionnelle et fréquence des violences n'est pas établi, la relation ayant été observée comme soit proportionnelle soit inversement proportionnelle.

¹⁰ <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/observatoire-securite-medecins>

¹¹ Pompeii L, Benavides E, Pop O, Rojas Y, Emery R, Delclos G, et al. Workplace Violence in Outpatient Physician Clinics: A Systematic Review. IJERPH. 10 sept 2020;17(18):6587

Une revue systématique internationale a étudié les violences contre les ambulanciers¹². Cette revue objective qu'entre 57 et 93% des personnels ambulanciers ont déclaré avoir subi au moins un acte de violence verbale et/ou physique au cours de leur carrière, 67 à 88% de personnel ayant vécu un acte de violence dans les 12 derniers mois, et 38% de personnel dans les 6 derniers mois. Les études calculant un taux de prévalence l'estimaient de 20,3 à 40/100 employés/an.

Les conséquences de ces violences peuvent être graves, tant pour les professionnels concernés que pour les patients et l'ensemble du système de santé. En effet, ces actes peuvent entraîner des blessures physiques et psychologiques, une diminution de la qualité des soins, une perte de confiance des professionnels et une détérioration du climat de travail. Les études portant sur les conséquences des violences sur les professionnels de santé soulignent toute l'ampleur des conséquences négatives des violences sur les professionnels de santé même si les chiffres peuvent varier en fonction des études et des contextes spécifiques. Pour exemple, une étude en centre hospitalier retrouve une humeur dépressive et une perte d'intérêt rapportées respectivement par plus de la moitié des victimes¹³. La violence peut également entraîner une démotivation professionnelle voire une sensibilité exacerbée et une stigmatisation de patients ayant engendré des violences dans l'expérience du soignant, ce qui peut représenter, en soi, un facteur de risque de violence.

La revue systématique de *Pompeii*¹¹ en milieu extrahospitalier retrouve que 9,6 à 43,4% des soignants victimes de violence rapportaient des conséquences physiques ou psychiques. Parmi elles, on retrouvait le plus fréquemment anxiété, peur et impuissance (17,4-50,3 %), ainsi qu'une diminution de la satisfaction au travail (69,2%), une diminution de la performance au travail (30,1-31,1%), un sentiment de tristesse (2,5%), de dépression (28,1%) ou de colère (69,9%). Dans les cas les plus graves, les travailleurs de santé avaient besoin d'un soutien psychologique (3,0-5,8%). En France, en termes d'arrêts de travail, les violences déclarées à l'ONVS en 2021 ont provoqué 4 111 jours d'arrêt de travail.

La question des violences commises à l'encontre des professionnels de santé se trouve à l'intersection d'un double-enjeu : celui de l'attractivité des métiers de la santé et celui de la santé des soignants. Il existe bien évidemment un lien entre les deux, la bonne santé physique et psychique des soignants étant gage d'attractivité sur leurs métiers. Il faut donc créer les conditions permettant de soigner dans une atmosphère de travail saine et sereine, et cela passe bien évidemment par un environnement sécurisé.

Face à ce constat, il apparaît donc urgent de mettre en place ou de renforcer les mesures préventives et de protection pour assurer la sécurité et le bien-être des professionnels de santé et garantir un environnement sain et sûr pour dispenser les soins.

Cette mission a pour but d'émettre des propositions autour des questions de prévention, de gestion des événements et de protection des victimes. Elle vise l'ensemble des professions de santé. Ainsi, entrent dans le périmètre de cette mission (cf. Code de la santé publique) :

- les professions médicales : médecins, chirurgiens, chirurgiens-dentistes et sages-femmes ;
- les professions de la pharmacie et de la physique médicale : pharmaciens (officine et biologie médicale), préparateurs en pharmacie et préparateurs en pharmacie hospitalière ;
- les professions d'auxiliaires médicaux : aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers, assistants dentaires, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues,

¹² Murray RM, Davis AL, Shepler LJ, Moore-Merrell L, Troup WJ, Allen JA, et al. A Systematic Review of Workplace Violence Against Emergency Medical Services Responders. *New Solut.* févr 2020;29(4):487-503

¹³ Bouhoula M, El Mâalel O, Bouzgarrou L, Omrane A, Mhamdi S, Maoua M, et al. Causes et conséquences des agressions en milieu hospitalier. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement.* oct 2020;81(5):468

ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, orthoptistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale, techniciens de laboratoire médical, audioprothésistes, opticiens-lunetiers, prothésistes, orthésistes, diététiciens ;

- en 2023, il est prévu d'y ajouter les assistants de régulation médicale, à la suite de l'adoption définitive de la proposition de loi Rist sur l'accès aux soins (art 14).

Sept professions de santé disposent d'un Ordre professionnel, doté d'une fonction de représentation et d'une mission de service public (réglementation de l'activité, juridiction disciplinaire).

Cette mission explorera simultanément les deux versants du système de santé :

- le monde hospitalier : hôpital public, établissements de santé privés, établissements médico-sociaux, etc..
- les professionnels de santé exerçant hors des établissements, ou secteur ambulatoire.

Elle proposera des mesures parfois transposables et applicables à l'ensemble des professionnels, parfois des mesures plus spécifiques pour les uns ou pour les autres. Certaines problématiques catégorielles appellent en effet des actions ciblées.

Au 1er janvier 2021¹⁴, la France comptait 214 224 médecins de moins de 70 ans en activité, selon une étude publiée en mars 2021 par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees).

Parmi eux :

- 44% sont des médecins généralistes et les 56% restants, des médecins "hors médecine générale" (psychiatrie, anesthésie-réanimation, radiologie, etc.). Le nombre de généralistes baisse mais celui des spécialistes augmente ;
- 43% des médecins exercent exclusivement en libéral (dont 57% des généralistes) ; un tiers des médecins sont salariés à l'hôpital, dont 43% des spécialistes. L'exercice libéral décline.

Parmi les auxiliaires médicaux, les infirmiers constituent la profession la plus représentée (devant les médecins) avec 764 260 personnes en 2021, d'après l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). C'est aussi la profession du secteur la plus féminisée : environ neuf infirmiers sur dix sont des femmes ; selon la même source, "près d'un médecin sur deux est une femme, mais moins d'un chirurgien sur trois".

¹⁴ <https://www.vie-publique.fr/fiches/37856-professionnels-de-sante-quelle-densite-medicale>

Méthodologie

Le rapport s'appuie sur les auditions menées durant un peu moins de quatre mois auprès de l'ensemble des parties prenantes du système de santé. Nous avons ainsi interrogé plus de 80 personnalités, sur plus de 80 heures d'auditions, regroupant à la fois les acteurs de la santé mais aussi de la sécurité des professionnels de santé.

Une plénière de lancement au Ministère de la Santé et de la Prévention a donné le coup d'envoi officiel de cette grande concertation le 16 février 2023, en présence des sept Ordres professionnels et d'un grand nombre de représentants des acteurs impliqués, autour de Madame Agnès FIRMIN LE BODO, Ministre Déléguée auprès du Ministre de la Santé et de la Prévention, en charge de l'Organisation Territoriale et des Professions de Santé.

Une grande table ronde a également réuni les sept Ordres le 12 avril 2023, pour un travail plus spécifique sur la manière dont ces derniers peuvent être impliqués dans la prévention et le suivi des violences.

Le cycle d'auditions a ainsi pu réunir les contributions des acteurs que l'on peut regrouper ainsi :

- Les Ordres Professionnels
- Responsables Sûreté / Sécurité d'établissements de santé
- Fédérations et Syndicats d'Étudiants en Santé
- Conférence des Doyens
- Représentants des CPTS (communautés professionnelles territoriales de santé) et Centres de Santé
- Représentants URPS (unions régionales des professionnels de Santé)
- Représentants des auxiliaires médicaux, notamment infirmiers et aides-soignants
- Ambulanciers SMUR et Hospitaliers
- Acteurs Hospitaliers notamment du secteur des Urgences
- Fédérations hospitalières
- Acteurs de l'hospitalisation à Domicile (HAD)
- Acteurs du Secteur Psychiatrique
- Directions d'Hôpitaux, Associations ou Collégiales de Directeurs
- Conférences des Présidents de Commission Médicale d'Établissement (CME)
- Coordination Nationale d'Accompagnement des Étudiant(e)s en Santé (CNAES) : 2 sous-directions de la /
- Ministères de l'Intérieur et de la Justice
- Autres (sociologues, entreprises innovantes / outils d'alerte, etc.)

Synthèse des propositions

Proposition 1 : identifier les secteurs de soins « à risque augmenté »

Proposition 2 : adapter les effectifs à la charge en soins

Proposition 3 : renforcer les politiques de prévention

Proposition 4 : améliorer les flux de patients et leur parcours dans les unités de soins

Proposition 5 : former les personnels d'accueil à une meilleure communication

Proposition 6 : créer des environnements apaisants

Proposition 7 : financer le déploiement d'expertises complémentaires dans les structures les plus à risque

Proposition 8 : améliorer la délivrance d'informations aux patients et leur(s) proches

Proposition 9 : collaborer avec les patients

Proposition 10 : disposer de recommandations nationales en matière de sécurité bâtementaire

Proposition 11 : impliquer les responsables sécurité/sûreté dans les projets bâtementaires

Proposition 12 : intégrer des experts de la sécurité/sûreté dans la procédure de certification des établissements

Proposition 13 : renforcer la protection fonctionnelle dans les hôpitaux publics

Proposition 14 : faire évoluer le cadre légal de la sécurité incendie et de la sûreté

Proposition 15 : financer des dispositifs de protection et d'alerte

Proposition 16 : proposer des équipements de protection pour les professionnels de première ligne

Proposition 17 : financer des équipements de sécurité dans le secteur libéral

Proposition 18 : consolider les compétences des managers

Proposition 19 : sensibiliser et former tous les professionnels

Proposition 20 : sortir du forfait les formations de l'orientation 295 du

Proposition 21 : adapter les modalités de formation aux contraintes hospitalières

Proposition 22 : professionnaliser les référents sécurité ou violences des ordres et

Proposition 23 : développer les collaborations pluri professionnelles

Proposition 24 : organiser des espaces de discussion sur le travail

Proposition 25 : converger vers une synergie des systèmes de déclaration

Proposition 26 : renforcer les moyens de l'ONVS au sein de la

Proposition 27 : engager des travaux de recherche sur la santé des professionnels

Proposition 28 : réaliser des retours d'expérience, des reportings auprès des équipes

Proposition 29 : impliquer systématiquement les ordres professionnels dès lors qu'une plainte est déposée par un de leur membre

Proposition 30 : réactiver les conventions santé-sécurité-justice

Proposition 31 : faciliter l'accès à un avocat

Proposition 32 : faire connaître les dispositifs de soutien psychologique

Proposition 33 : faire évoluer les textes en vigueur

Proposition 34 : former les encadrants de stages

Proposition 35 : formaliser les engagements enseignants-étudiants-encadrants

Proposition 36 : créer des plateformes d'évaluation des lieux de stages par les étudiants pour toutes les filières des études en santé

Proposition 37 : labelliser les terrains de stage

Proposition 38 : améliorer la visibilité de la CNAES et désigner au moins un référent national ou local par filière de santé

Proposition 39 : étendre et adapter le principe de suspension d'agrément de stages à toutes les filières des études en santé

Proposition 40 : sensibiliser avant leur premier stage les étudiants au sujet des violences externes et internes

Proposition 41 : protéger les lanceurs d'alerte

Proposition 42 : organiser une campagne nationale

Proposition 43 : sensibiliser les nouveaux professionnels lors de leur prise de poste

Proposition 44 : disposer d'un kit ministériel de communication

Mieux connaître le phénomène

Un contexte de crise du système de santé

Si effectivement la croissance des faits de violence est un phénomène sociétal, la crise que vit le système de santé participe également au développement du phénomène dans son domaine. Les facteurs organisationnels, tels que des charges de travail excessives, des ressources limitées ou des politiques et des procédures qui entravent la prestation de soins de qualité sont jugés récurrents par les professionnels. Ces derniers peuvent alors se sentir constamment sollicités, ne pas avoir suffisamment de temps pour répondre à toutes les demandes de leurs patients, ou ne pas être en mesure de fournir les soins qu'ils jugent nécessaires. Ce contexte, favorise l'émergence d'un syndrome de victimation. Les professionnels peuvent être physiquement et/ou psychologiquement atteints. Se sentant « victimes » ils peuvent devenir cyniques, désengagés/détachés et éprouver des difficultés à établir des relations positives avec leurs patients. Or, la violence est surtout un processus avant d'être un évènement et tout ce qui perturbe la relation de soins favorise sa survenue.

Une sous déclaration commune à toutes les professions

Tous les professionnels rendant un service à leurs concitoyens sont aujourd'hui victimes d'un marqueur de notre société : l'individualisme. Il peut mener à la frustration qui se manifeste par des réactions plus ou moins violentes à une contrariété vécue comme insupportable. Les relations entre les professionnels de santé et leurs patients n'échappent plus à ce nouveau paradigme sociétal.

De fait, les auditions nous ont permis de valider l'écart entre l'existence du phénomène dans le quotidien des professionnels et la réalité des faits déclarés. Nous constatons que de nombreux professionnels quel que soit leur mode d'exercice ont été un jour violentés (37% des professionnels de santé hospitaliers déclarent subir régulièrement des agressions physiques, selon le baromètre MNH-Odoxa 2022). Dans le meilleur des cas il s'agit d'injures ou d'outrages mais parfois, trop souvent, des faits plus graves sont commis à leur encontre. Si ces faits semblent le plus fréquemment venir des patients ou de leurs accompagnants, ils émanent parfois de pairs, de collègues ou d'encadrants. Paradoxalement, le nombre des déclarations via les systèmes existants reste peu significatif, et sans doute encore loin de la réalité.

Plusieurs éléments peuvent expliquer en grande partie les sous déclarations même si un élément lié à l'individu lui-même, au regard de sa perception et de sa définition personnelle de la violence, peut aussi conduire à une non déclaration.

Des faits à la portée sous-estimée

Les auditions font émerger une banalisation des faits par les professionnels eux-mêmes. Les violences verbales sont celles qui sont les plus rarement déclarées alors même que leur fréquence est probablement extrêmement élevée. De surcroît, en l'absence d'information sur les suites données aux dépôts de plaintes, de nombreux professionnels considèrent comme inutile de déclarer les faits « estimés » les moins graves. Souvent qualifiées de « petites violences » du quotidien, ces violences usent et génèrent une crise de sens au travail, des troubles anxieux, des états de stress post-traumatiques voire un épuisement professionnel. Les arrêts maladies liés à ces violences sont difficilement quantifiables notamment parce que leur impact n'est pas immédiat et que leur lien avec les événements est difficile à établir. Une réaction disproportionnée et inattendue à une agression verbale peut être un symptôme

des conséquences insidieuses de ce type de violence. Ainsi, ces violences quotidiennes présentent une criticité élevée à l'échelle d'un individu ou d'un établissement et nécessitent d'être prises en compte.

Des facteurs liés aux patients ou à leurs proches

Plusieurs facteurs de risque liés à la situation du patient sont bien connus des professionnels de santé. Ces derniers notent en particulier les troubles mentaux, neurologiques ou cognitifs, les comportements sous consommation de substances psychotropes, dont l'alcool, comme facteurs prévalents de passage à l'acte. Néanmoins, ils considèrent le plus souvent que, dans ces situations, le patient n'est pas maître de ses réactions et, à ce titre, déclarent essentiellement les faits ayant porté atteinte à leur intégrité physique ou à leurs objets personnels (lunettes par exemple).

Le passage à l'acte d'un usager peut survenir si les inquiétudes ou la frustration (refus d'ordonnance, délai d'attente...) du patient ou son accompagnant sont trop importantes. Le manque de compréhension de la situation, les ressentis lors du soin peuvent engendrer un climat d'incertitude, contingent du soin. Celui-ci peut générer inquiétudes, peurs, résistances et crispations. Dans ce contexte, les professionnels sont de temps en temps enclins à comprendre voire à « excuser » le comportement déviant et à ne pas déclarer certains événements. Les qualités d'empathie et de bienveillance inhérentes aux professionnels de santé sont ainsi de nature à engendrer cette « tolérance », notamment faces aux « petites violences » du quotidien...

Une omerta autour des violences internes

Quand on questionne sur le sujet des violences internes entre personnels de santé, les données sont rarement agrégées et diffusées. Qu'il s'agisse de violence entre pairs ou entre collègues de professions différentes, c'est le plus souvent lorsqu'il y a récurrence de l'agresseur(se) que la situation émerge. Le circuit de traitement de ces faits suit la ligne hiérarchique des professionnels impliqués. Même si de nombreuses structures de santé et universités ont formalisé ces circuits et communiqué largement, une certaine omerta existe encore. Elle est le plus souvent sous-tendue par une peur des représailles immédiates (sur leurs conditions de vie au travail) ou différées (sur leur carrière).

Les étudiants en santé sont particulièrement concernés par cette « loi du silence » et éprouvent encore plus de difficultés à parler quand il s'agit de leur tuteur ou encadrant de stage. Leurs nombreux témoignages au travers des enquêtes menées par les associations d'étudiants illustrent ce phénomène. Les violences sexistes et sexuelles sont les violences les plus fréquemment évoquées par ces étudiants. Elles ont d'ailleurs fait l'objet d'un plan d'action national publié en 2021¹⁵.

La cohabitation de plusieurs systèmes de signalements

En France, on note plusieurs systèmes de déclaration :

- L'observatoire national des violences en santé (ONVS) est placé au sein de la direction générale de l'offre de soins (DGOS). Il recueille depuis 2005, sur la base du volontariat, les signalements de faits de violence (atteintes aux personnes - dont les incivilités, et aux biens) commis : dans les établissements, dont l'hospitalisation et soins à domicile et sur la voie publique ; et depuis janvier 2023, dans le cadre de l'exercice libéral (dit de ville). Les violences signalées ne concernent pas

¹⁵ <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/une-nouvelle-etape-dans-la-lutte-contre-les-violences-sexistes-et-sexuelles-dans-l-enseignement-51410>

que des faits de « pure délinquance » commis exclusivement à l'encontre de l'ensemble des professionnels et personnels de santé (on parlera alors de violences externes). En effet, l'Observatoire prend en compte l'ensemble des violences commises dans un cadre relationnel entre toute personne fréquentant un établissement ou y résidant. Il en est ainsi des violences entre ou par des professionnels et personnels de santé (violences internes). Afin de mieux prévenir et lutter contre ces actes de violence, l'Observatoire publie un rapport recensant et analysant ces faits, élabore et diffuse des outils et des bonnes pratiques, et encourage la coordination des acteurs de terrain.

Depuis 2012, il existe une plateforme de signalement sur le site de l'ONVS. Elle a été ouverte dans un premier temps aux établissements hospitaliers. Depuis 2023, la plateforme est ouverte aux libéraux et ainsi à l'ensemble des professionnels de santé.

- Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) a créé en 2002 un Observatoire National de la Sécurité des Médecins. Il est l'un des outils de lutte contre les violences commises à l'encontre des médecins. L'Observatoire recense chaque année les violences faites aux médecins, au travers d'une enquête auprès des CNOM, et dont les résultats sont publiés dans un rapport annuel. 15 à 20% des déclarations sont le fait de violences subies en établissement. L'Ordre des Médecins est ainsi particulièrement impliqué dans la sensibilisation de ses professionnels ainsi que dans le suivi des victimes, au travers des référents-sécurité nommés en leur sein.
- Le Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens (CNOP) possède également son propre observatoire, et accompagne ses professionnels dans la prévention et l'accompagnement des victimes de violences. Un panorama est publié annuellement, qui recense notamment les agressions à l'encontre des pharmaciens d'officines, particulièrement exposés. Depuis 2017, les déclarations s'effectuent sur le site de l'Ordre. La procédure de déclaration est spécifique à chacun des sept métiers du secteur pharmaceutique.
- Le Conseil National de l'Ordre des Infirmiers (CNOI) a également déployé son propre Observatoire de la Sécurité des Infirmiers, en mars 2023. L'outil informatique de déclaration est en cours de finalisation. Ce dispositif vise à encourager les déclarations par les infirmières et infirmiers, et s'inscrit dans une démarche globale de lutte contre les violences, dans le cadre de la Commission « Santé Publique » du CNOI.

Nous verrons dans le développement comment ces dispositifs peuvent s'inscrire en complémentarité les uns des autres, dans une démarche synergique, et conduire ainsi à une déclaration plus systématique des victimes.

D'autres professionnels hors du champ des professions de santé

S'intéresser aux violences faites aux professionnels de santé nécessite d'élargir sa vision du phénomène. Un nombre important de personnes auditionnées a mis l'accent sur les autres professionnels qui concourent à la prise en charge des patients, sans avoir le statut de professionnels de santé. Il s'agit notamment des personnels administratifs (secrétaires, administratifs, personnels d'accueil dont ceux à l'accueil téléphonique...) fréquemment victimes de violences verbales de type insultes, menaces, voire de violences physiques de la part des publics accueillis, de la même façon que les professionnels de

santé eux-mêmes. Ce sont par ailleurs souvent des acteurs de première ligne, moins informés et souvent moins bien formés que les professionnels de santé. Il existe pour ces personnels une criticité élevée, et un risque de dégradation rapide de la qualité de vie au travail, outre les questions de sécurité elles-mêmes.

Les directeurs n'échappent pas à ce phénomène et peuvent être victimes de violences, le plus souvent verbales, de la part d'usagers ou de salariés.

Les acteurs du social et du médico-social vivent également ces difficultés dans leur quotidien et bien que n'entrant pas dans le périmètre de cette mission, il nous semble important de considérer que nos propositions pourraient s'appliquer à leur activité.

Propositions

Axe 1 : agir sur les déterminants des violences

Agir sur les déterminants des violences implique de mettre l'accent sur les personnes impliquées dans les soins de santé, à savoir les patients et les professionnels de la santé. En reconnaissant l'importance de ces personnes et en leur fournissant un soutien et des ressources adéquats, le système de santé peut dispenser des soins de meilleure qualité et plus efficaces. Les patients ont des besoins différents et des préférences de soins qui varient. Les flux de patients doivent être organisés de manière à permettre une prise en charge personnalisée. Le principe de reconnaissance précoce des risques de violence permet d'intervenir avant que la violence ne se manifeste. Il faut donc identifier et agir sur les facteurs menant à des actes de violences. Parmi ces déterminants, deux points méritent une attention particulière : d'une part, l'identification des organisations à risque (les « irritants »), et d'autre part le repérage des victimes et des auteurs potentiels.

Objectif : améliorer les conditions d'accueil des patients et leur(s) proche(s)

Proposition 1 : identifier les secteurs de soins « à risque augmenté »

Il apparaît essentiel d'identifier les services, unités et activités de soins les plus à risque de violences, afin de cibler les actions de prévention prioritairement sur ces derniers.

En milieu hospitalier même si actuellement tous les services sont impactés par le phénomène des violences, le cas des Urgences (adultes ou pédiatriques), de la Psychiatrie, de la Gériatrie, méritent par exemple une vigilance accrue. Les services de maternité relèvent une augmentation significative des violences, potentiellement liées à une répercussion des violences intra familiales.

Dans les autres établissements de santé ou médico-sociaux, on relève notamment le cas des Soins de Suites et Réadaptation (SSR), les EHPAD, les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS).

Enfin, pour la ville, sans établir une liste exhaustive, les unités mobiles de l'Hospitalisation à Domicile (HAD), le SMUR, les Centres Médico-Psychologiques, les unités mobiles de psychiatrie, les IDE libérales, les dentistes, les médecins isolés ou les médecins des structures de soins non programmés, en particulier les associations de permanence de soins réalisant des visites à domicile, les masseurs-kinésithérapeutes, les pharmaciens d'officines semblent plus à risque. Les professionnels de santé exerçant en ville, souvent isolés, ne bénéficient pas du cadre collectif hospitalier, plus protecteur.

Proposition 2 : adapter les effectifs à la charge en soins

Pour prévenir ou atténuer le syndrome de victimation et ses conséquences, il apparaît essentiel de mettre en place des changements organisationnels et des politiques de gestion des ressources humaines qui permettent aux professionnels de santé de fournir des soins de qualité sans se sentir épuisés ou impuissants. L'adaptation dans les services des ratios d'effectifs à la charge en soins, à partir de maquettes organisationnelles validées en collaboration services/directions, est un préalable.

Proposition 3 : renforcer les politiques de prévention

Étant admis que certains publics sont plus à risque d'avoir des comportements violents à l'encontre des soignants, il convient donc de réfléchir sur les stratégies d'amont, et notamment d'accentuer les politiques de prévention en direction de ces publics.

La prise en charge et l'accompagnement des patients souffrant d'addictions, notamment alcool, produits stupéfiants et autres substances psychoactives, semble être ainsi un enjeu majeur de sécurité, au-delà de l'enjeu évident de santé publique.

La prévention est une des priorités fixées par l'actuel Gouvernement et les auditions réalisées confirment l'importance d'investir massivement ce champ de la santé, tant les bénéfices attendus sont nombreux.

Toujours dans le champ de la prévention, la mission propose également d'interroger la loi au sujet des patients souffrant de troubles psychiatriques, et dont le jugement peut être altéré par la maladie.

Pour rappel l'article 122-1 du Code pénal dispose ainsi que *« n'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes [...] »*

« La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable ; toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime ».

Les soins psychiatriques requièrent, par principe, comme toute autre intervention sur la personne malade, le libre consentement de celle-ci. Lorsqu'il est nécessaire de recourir aux procédures de soins psychiatriques sans consentement (à la demande d'un tiers ou du préfet), la personne malade bénéficie de mesures de protection garantissant ses droits et libertés. La loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge a pour objet de remédier aux difficultés d'accès aux soins psychiatriques. Par ailleurs, la loi du 27 septembre 2013 a réformé certaines dispositions pour renforcer les garanties quant au respect des droits des patients.

De nombreuses interrogations ont été partagées avec la mission concernant les enjeux spécifiques liées aux personnes atteintes de troubles psychiatriques, notamment : la question de l'expertise psychiatrique et de la définition de la responsabilité pénale de ces personnes ; les modalités de soins sans consentement, en lien avec le Juge des Libertés et de la Détention (JLD) ou encore le suivi ambulatoire des patients psychiatriques non hospitalisés, bénéficiant donc pour la plupart d'une prise en charge inclusive dans la cité. Ce dernier point est fondamental, et nécessite de se donner les moyens d'avoir enfin une vision globale du suivi et des modes de prise en charge des patients complexes, perturbateurs et à risque de violences, mais interpelle aussi la triple responsabilité santé – police – justice quant à la définition de leurs missions et prérogatives.

Proposition 4 : améliorer les flux de patients et leur parcours dans les unités de soins

La question des flux de patients et des parcours concerne essentiellement les services d'Urgences des établissements de santé, ainsi que les Maisons Médicales de Garde (MMG) ou encore certains Centres de Soins non Programmés, côté ville.

En effet, et nous le savons tous, un des facteurs de tension et d'agressivité dans les services d'Urgences est l'encombrement de ces unités de soins. La politique actuelle de désengorgement des urgences est un point clé de la sécurisation de ces services.

La régulation médicale systématique avant l'entrée aux urgences, notamment via les SAMU Centre 15, la montée en charge progressive des collaborations ville-hôpital que ce soit au travers des Services d'Accès aux Soins (SAS) ou d'autres lieux de coopérations telles que les CPTS ou encore les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) des parcours complexes, sont autant de facteurs permettant le désengorgement des Service d'Accueil des Urgences (SAU), en favorisant chaque fois que cela est possible la prise en charge des patients en amont de l'hôpital, de manière coordonnée et en lien avec le médecin traitant.

Toujours dans ce même objectif, et notamment pour favoriser la prise en charge des personnes âgées ou fragiles en ambulatoire et leur maintien à domicile, il serait souhaitable d'apporter un soutien à la Visite à Domicile des médecins, ainsi que de soutenir les Infirmières Libérales (IDEL) dans la prise en charge au long cours des patients les plus vulnérables, à leur chevet. Cela passe nécessairement par des revalorisations tarifaires substantielles, de façon à maintenir de l'attractivité sur ces métiers, alors que la prise en charge des patients à domicile ne cesse de reculer (notamment la visite à domicile des médecins, en voie de disparition). C'est pourtant un enjeu majeur, corollaire du vieillissement de la population et de l'augmentation du nombre de malades chroniques (ALD). A l'heure du nécessaire virage ambulatoire, il est urgent de revaloriser la prise en charge ambulatoire au chevet du malade.

Concernant les flux dans les services d'urgences, une vigilance particulière doit être apportée à la phase d'accueil. Les bornes de pré-enregistrement, les bornes d'horodatage notamment pour les MMG et autres structures recevant les Soins Non Programmés (SNP) sans rendez-vous, permettent de fluidifier et diminuer le temps d'attente, et de faire respecter l'ordre de passage, en dehors des situations de détresse vitale. Les nouvelles technologies pourraient ainsi se mettre au service de cet objectif en indiquant des temps d'attente moyens si cela s'avère pertinent.

La congestion passive des Services d'Urgences liée à la problématique des lits d'aval est un autre levier permettant de fluidifier les unités de soins et d'éviter la stagnation des malades. Il existe une problématique bien connue de capacité hospitalière, souvent faute de lits d'aval lorsque les malades ne relèvent plus d'une hospitalisation en soins aigus (indications de moyens et longs séjours), favorisant ce qu'on appelle les « *bed-blockers* ». Il faut donc intensifier la mise en adéquation des capacités d'hospitalisation avec les besoins de soins réels.

La question des parcours au sein des urgences est certainement perfectible. En tout état de cause, ce parcours doit être expliqué au patient, de sorte qu'il connaisse et comprenne le circuit normal dans un SAU et les temps d'attente qui en découlent.

Enfin, les auditions ont mis en évidence la question des patients agités quelle qu'en soit la cause : alcool, troubles cognitifs sévères, syndromes confusionnels, troubles psychiatriques, etc... Il n'a pas été possible d'obtenir un consensus sur le fait de préconiser une prise en charge inclusive, c'est-à-dire commune au flux global des patients, ou au contraire selon un circuit patient individualisé, afin de ne pas créer un climat anxiogène pour les autres patients présents dans l'unité.

Une attitude généralisable est peut-être de suggérer d'adapter les choses en fonction de la configuration architecturale des lieux et de l'espace disponible (cf. proposition sur l'environnement).

Proposition 5 : former les personnels d'accueil à une meilleure communication

Le premier contact entre un patient et un service de soins est souvent déterminant pour la suite de la prise en charge. Instaurer une communication adaptée et un climat d'écoute dès l'accueil contribuent à diminuer les risques de violence. L'accueil de patients, qu'il soit physique ou téléphonique, nécessite des compétences et habiletés communicationnelles spécifiques. Savoir gérer le comportement d'une personne malade qui peut être anxieuse, angoissée, en détresse, en stress, douloureuse [etc.] ne s'improvise pas.

Que le professionnel soit un personnel de santé ou non, des formations à la communication doivent être un prérequis à la prise de fonctions ou se dérouler dans les premières semaines suivant la prise de fonctions.

Proposition 6 : créer des environnements apaisants

Le milieu de soins peut être vécu comme une agression pour certains patients, par son caractère déshumanisé, à l'esthétique peu chaleureuse, et très souvent trop bruyant (alarmes, machines, portes, interpellations entre soignants peu précautionneuse, cris, etc.).

Des mesures, initiées dans certains lieux, ont montré des effets positifs sur la prévention des tensions. Pour créer une ambiance apaisante dans l'environnement physique, il est important de considérer les couleurs (vert, bleu et beige sont reconnus pour détendre), les éléments de décoration, les sièges, les activités proposées (écrans de télévision, revues, flyers d'information...), la musique, la diffusion de messages de prévention, la réduction des bruits en particulier la nuit, la température et l'éclairage. Ces dispositions concernent tous les environnements de soins et aideront les patients à se sentir plus détendus et à réduire leur niveau de stress notamment pendant l'attente.

Une vigilance particulière doit être accordée aux salles d'attente, notamment dans les services d'urgence où il n'est pas nécessaire d'installer tous les patients pris en charge sur un brancard une fois qu'ils ont passé la zone d'accueil. La création de secteurs pour malades assis dans la zone de soins permet une attente moins angoissante et moins inconfortable pour les malades valides qui attendent un résultat d'examen sanguin, une imagerie, un avis spécialisé, etc.

Proposition 7 : financer le déploiement d'expertises complémentaires dans les structures les plus à risque

Les patients ont des profils très différents, en termes de conditions médicales, de cultures, d'âges, de genres, de capacités, de niveaux d'éducation, de statuts socio-économiques, etc. ayant un impact sur leur compréhension et leur comportement vis-à-vis des soins. Leur prise en charge nécessite des compétences plurielles de plus en plus difficiles à pérenniser compte tenu du turn-over élevé dans les métiers de la santé.

L'affectation d'Infirmiers de Pratique Avancée (IPA) venant en appui des autres professionnels de santé doit être encouragée et croître dans les années à venir dans les services de spécialité, en unité mobile mais également dans les Services d'Urgences. Ces métiers intermédiaires offrent une double opportunité : redonner du temps aux médecins et donc diminuer la pression sur ces derniers ; accompagner la montée en compétences de leurs pairs. Il existe déjà des IPA spécialisées en Santé Mentale, et les premières IPA spécialisées dans les Urgences vont prendre leurs fonctions. Il convient d'accélérer leur formation et leur déploiement dans certaines unités de soins où leur présence est particulièrement stratégique.

Concernant le repérage des malades à risque, on peut rappeler ici qu'il existe une formation de Premiers Secours en Santé Mentale, à l'instar des formations Prévention et Secours Civique classiques. Promouvoir et généraliser ces formations pour les professionnels de santé exerçant dans des Services d'Urgences permettrait sans doute d'intervenir et de désamorcer très en amont, sur des situations de psychiatrie aiguë notamment. Une circulaire interministérielle du 23 février 2022¹⁶ vise à préciser les objectifs et modalités du dispositif de formation au secourisme en santé mentale, et à amplifier ainsi son déploiement.

Enfin, toujours concernant la psychiatrie, il conviendrait d'élargir les amplitudes horaires de présence des équipes de psychiatrie de liaison (Psychiatre et IDE) dans les Services d'Urgences, l'idéal étant une couverture 24h/24h pour les établissements les plus importants avec un nombre de passages élevé. Le renforcement des effectifs IDE dans les CMP pour le versant psychiatrie de ville serait particulièrement utile pour raccourcir les délais de RDV.

Proposition 8 : améliorer la délivrance d'informations aux patients et leur(s) proches

Les disparités territoriales ou locales dans l'accès aux soins, dans la capacité des patients et leurs proches à comprendre la situation clinique peuvent générer des incompréhensions, des malentendus sources de tensions.

L'information délivrée doit donc répondre aux besoins spécifiques de l'utilisateur et son entourage. Des affichages en plusieurs langues, par exemple, permettront aux patients et proches de mieux appréhender leurs parcours de soins. Ces affichages pourraient entrer dans le cadre d'une campagne de communication nationale (cf. Axe 6).

Chaque acteur de la prise en charge doit veiller à donner une information appropriée concernant ses interventions de soins et, si besoin, ne pas hésiter à reformuler à plusieurs reprises voire par des interlocuteurs différents une même information pour la rendre compréhensible, intelligible.

À titre d'exemple, dans un Service d'Urgences, il y a systématiquement des temps d'attente, tout au long de la chaîne de soins. Une première évaluation par le médecin ou l'infirmière d'Accueil et d'Orientation (IAO) qualifie l'urgence et oriente dans la filière ad hoc. Dès cet instant, le patient retourne dans la file d'attente, selon la gravité potentielle de son état de santé, ou il peut être orienté vers une Unité de Surveillance Continue (USC). D'autres « temps morts » s'enchaînent ensuite, où le patient peut avoir le sentiment qu'il ne reçoit pas de soins. Or, une biologie peut être en attente, un examen d'imagerie, un avis spécialisé, ou encore le patient peut recevoir un traitement par voie veineuse, nécessiter une surveillance médicale, etc. Toutes ces étapes et tous ces temps d'attente devraient faire l'objet d'une explicitation, idéalement par le médecin en charge du dossier. A terme, la présence d'IPA en appui devrait permettre de faciliter la délivrance de cette information. Il conviendra ainsi d'investir sur les effectifs en établissement de santé, et d'accélérer le déploiement et la généralisation des assistants médicaux en médecine de ville, afin de libérer du temps médical.

¹⁶ [Circulaire NOR : TFPF2133602C du 23 février 2022 relative aux actions de sensibilisation et de formation au secourisme en santé mentale dans la fonction publique](#)

Proposition 9 : collaborer avec les patients

Les patients doivent être informés clairement des politiques de prévention de la violence et des conséquences de tout comportement violent par des affiches, messages didactiques dans les lieux de soins.

Pour montrer son engagement, le ministère pourrait réaliser une charte nationale des devoirs de respect des usagers envers les professionnels et personnels de santé. Cette charte pourrait être affichée dans tous les lieux où sont prodigués des soins (Établissements de santé, Établissements ou Services Sociaux ou Médico-sociaux, cabinets, officines, laboratoires, etc.). Elle pourrait, par cohérence, être affichée à côté des chartes concernant les droits des patients et être diffusable en plusieurs langues (via le site de l'ONVS).

Les patients peuvent également être encouragés à signaler tout incident de violence dont ils ont été témoins ou victimes.

Dans une démarche d'apaisement et de respect mutuel, certains auditionnés ont attiré notre attention sur l'importance de communiquer en direction des patients avec des messages positifs et rassurants, qui réaffirment les valeurs intrinsèques de bienveillance et d'empathie des soignants à l'égard des patients, qui eux sont dans une situation de vulnérabilité du fait de la maladie, qui peut rejaillir par ricochet sur leurs proches. Cette stratégie de communication, qui pourrait être guidée par un programme national, permettrait la recherche d'un bénéfice réciproque, favorisant un cadre rassurant pour le malade, et un environnement de travail sécurisant pour les professionnels.

Objectif : renforcer le sentiment de sécurité des professionnels

Proposition 10 : disposer de recommandations nationales en matière de sécurité bâtementaire

Afin de poursuivre l'objectif de sécurisation des établissements de santé¹⁷, le ministère de la santé et de la prévention a fait le constat que les maîtres d'ouvrage, maîtres d'œuvre, architectes et concepteurs ne disposaient pas à ce jour de recommandations dans les domaines de la sûreté et de la sécurité pour les opérations de construction, de rénovation ou de restructuration et de mise en conformité réglementaire. En décembre 2019, en lien avec l'ensemble des acteurs ministériels, les fédérations, conférences de directeurs et d'autres partenaires en charge de la sécurisation, la rédaction d'un "Guide de recommandations techniques en matière de sûreté bâtementaire des établissements de santé et médico-sociaux" a été lancée. Même si dès 2018, certains établissements hospitaliers¹⁸ ont rédigé à leur niveau des supports prescriptifs, ce guide national doit faire l'objet au plus tôt d'une diffusion ministérielle à tous, assorti de fiches techniques adéquates. Sans être immédiatement normatives ou réglementaires, les préconisations proposées par ce guide seront à consolider pour les établissements en fonctionnement. Pour les futurs projets les investissements Ségur pourraient être conditionnés à l'intégration de ces nouvelles normes bâtementaires. Une procédure de révision des fiches techniques sera mise en œuvre au regard des évolutions technologiques et au moins tous les 5 ans.

Ces préconisations doivent être déclinées dans une version « ville », pour l'ensemble des professionnels exerçant en ambulatoire, qu'ils soient libéraux ou non (cabinets médicaux, centres de santé, Maison de Santé Pluriprofessionnelles (MSP), officines, etc.) par la création ou la réactualisation de documents

¹⁷[Instruction N° SG/HFDS/2016/340 du 4 novembre 2016 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements de santé du 16 novembre 2016](#)

¹⁸https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/cahier_de_prescriptions_securite_ap-hp.pdf

existants au niveau des conseils ordinaires ou des URPS. La mise en œuvre de ces préconisations de sûreté bâtiminaire doit se faire au moment de la phase d'ingénierie des nouveaux projets, ou lors des travaux de réhabilitation, de rénovation ou d'extension pour les projets existants, en lien avec les « référents-sécurité » dédiés au sein des services de Police et des unités de Gendarmerie.

Proposition 11 : impliquer les responsables sécurité/sûreté dans les projets bâtimentaires

Améliorer la politique de sécurisation d'un établissement de santé contribue à une reconnaissance hiérarchique de l'existence de ce phénomène. C'est aussi un marqueur de la qualité de vie au travail des salariés. Impliquer dès le départ les responsables sécurité / sûreté dans les projets de construction, de restructuration, de rénovation des locaux permettra de croiser les regards entre professionnels d'expertises différentes et de structurer une démarche au plus près des besoins des acteurs de proximité (patients et soignants) en termes de : circulation des flux ; aménagements des espaces (organisation spatiale, sécurité des biens...) ; sécurisation des accès (portiques, dispositifs de contrôles d'accès de type « SALTO », alarmes...) ; pertinence des emplacements d'équipements de surveillance (caméras) et d'alerte (type boutons poussoirs, gyrophares ou autres signaux lumineux), etc.

Proposition 12 : intégrer des experts de la sécurité/sûreté dans la procédure de certification des établissements

Les Plans de Sécurisation des Établissements (PSE) visent à créer un environnement sûr et sécurisé pour les patients, le personnel et les visiteurs, en minimisant les risques potentiels et en mettant en place des mesures de prévention appropriées. Dans le cadre de la certification V2020 de la Haute Autorité en Santé (critère n° 3.6-03 selon lequel la prévention des atteintes aux personnes et aux biens est assurée), s'assurer que l'établissement dispose véritablement d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il est confronté par des vérificateurs reconnus de la sécurité en établissements de santé, constituerait un levier. Cette vérification apparaît d'autant plus utile que le ministère de la santé et de la prévention s'est engagé par la circulaire de novembre 2016 dans une politique de sécurisation des établissements de santé allant des incivilités à la menace terroriste. Parmi les actions engagées, il leur verse notamment chaque année, depuis 2017, 25 millions d'euros (fonds pour la modernisation et l'investissement en santé - FMIS) via les ARS.

Proposition 13 : renforcer la protection fonctionnelle dans les hôpitaux publics

La protection fonctionnelle : Rappel des modifications de la loi du 24 août 2021 confortant les principes de la République :

Article L 134-5 du Code général de la fonction publique (ancien Article 11 de la loi du 13 juillet 1983) :

« IV. La collectivité publique est tenue de protéger le fonctionnaire contre les atteintes volontaires à l'intégrité de la personne, les violences, les agissements constitutifs de harcèlement, les menaces, les injures, les diffamations ou les outrages dont il pourrait être victime sans qu'une faute personnelle puisse lui être imputée. Elle est tenue de réparer, le cas échéant, le préjudice qui en est résulté.

(Ajout de la loi du 24 août 2021) : Lorsqu'elle est informée, par quelque moyen que ce soit, de l'existence d'un risque manifeste d'atteinte grave à l'intégrité physique du fonctionnaire, la collectivité publique prend, sans délai et à titre conservatoire, les mesures d'urgence de nature à faire cesser ce risque et à prévenir la réalisation ou l'aggravation des dommages directement causés par ces faits. Ces mesures sont mises en œuvre pendant la durée strictement nécessaire à la cessation du risque. »

[...]

VI. La collectivité publique est subrogée aux droits de la victime pour obtenir des auteurs des faits mentionnés aux IV et V la restitution des sommes versées au fonctionnaire ou aux personnes mentionnées au V. Elle dispose, en outre, aux mêmes fins, d'une action directe, qu'elle peut exercer au besoin par voie de constitution de partie civile devant la juridiction pénale. »

La protection fonctionnelle doit être demandée par écrit par l'agent. Sa mise en œuvre constitue un soutien non négligeable dans le processus de réparation de l'agent victime.

Le 2 novembre 2020, une circulaire interministérielle¹⁹ est venue « renforcer la protection des agents publics face aux attaques dont ils font l'objet dans le cadre de leurs fonctions. Elle garantit la mobilisation des managers, à tous les niveaux de l'administration, pour protéger leurs agents objets de menaces ou victimes d'attaques en s'assurant qu'ils bénéficient d'un soutien renforcé et systématique de leur employeur et notamment de l'octroi sans délai de la protection fonctionnelle prévue à l'article 11 de la loi du 13 juillet 1983 lorsque les circonstances et l'urgence le justifient afin de ne pas les laisser sans défense dans une situation pouvant se traduire par une atteinte grave à leur intégrité ».

En parallèle de la compétence de sécurité sanitaire qui lui est évidemment naturelle, le directeur d'établissement se doit de développer une véritable « compétence de sécurité des personnes et des biens », là où ce n'est pas déjà le cas, tant les impacts des incivilités, violences et actes de malveillances sont négatifs à la fois sur la qualité de vie au travail des personnels, leur état de santé, mais aussi sur l'organisation générale des soins, la réputation des établissements, le coût des arrêts de travail, etc.

Nous avons constaté au cours de nos auditions une très bonne connaissance et implication des directions d'établissements. Néanmoins il existe de fortes disparités sur la mise en mouvement de la protection fonctionnelle, notamment une difficulté identifiée sur les plus petits établissements.

En conséquence, la mission préconise et propose :

- ➔ De réactiver et mettre à jour régulièrement la circulaire interministérielle sur la protection fonctionnelle à destination des directeurs des ressources humaines des hôpitaux publics et des établissements et services médico-sociaux (ESMS). À noter que la prochaine circulaire est en cours de rédaction à l'heure où nous écrivons ce rapport.
- ➔ De mettre en place une formation corollaire à destination des directions d'établissements pour leur permettre de s'approprier pleinement la question de la protection fonctionnelle. Ces formations seraient un soutien fort.

Enfin, à noter qu'en ce qui concerne la protection juridique des salariés victimes de violences dans le cadre de leurs fonctions, l'employeur quel qu'il soit se doit de protéger le salarié et peut se retourner contre l'auteur des faits afin d'obtenir le remboursement des sommes engagées. Cette protection s'aligne de plus en plus sur les conditions de protection des agents du public. L'hospitalisation privée notamment, pourra se saisir de ces circulaires et en appliquer certains points.

¹⁹ <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/45074>

Proposition 14 : faire évoluer le cadre légal de la sécurité incendie et de la sûreté

→ En matière de sûreté des personnes et des biens, les hôpitaux publics bénéficient d'un service internalisé. Ce n'est pas le cas des Établissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif (ESPIC) qui doivent obligatoirement faire appel à des sociétés privées. Il conviendrait de relancer la Direction des Libertés Publiques et des Affaires Juridiques (DLPAJ) du Ministère de l'Intérieur sur les conditions de création d'un service interne de sûreté des personnes et des biens dans les ESPIC, dans le cadre de l'article L 612-1 du Code de la Sécurité Intérieure (CSI). Une première demande a été faite en 2018, restée sans réponse. Pourtant, face à l'insécurité, il s'agit d'un moyen qui permettrait au directeur d'un tel type d'établissement de pouvoir mener une politique assumée de sécurité-sûreté. Par ailleurs, le nombre des agents de sécurité privée est déjà insuffisant pour couvrir les besoins, qui vont se renforcer avec la tenue d'évènements sportifs internationaux en 2023 et 2024 (Coupe du monde de Rugby et Jeux Olympiques et Paralympiques), ces derniers mobilisant de nombreux agents de sécurité. Les établissements doivent ainsi pouvoir créer leur propre service de sécurité, le critère de mission de service public pouvant ainsi être utilement envisagé pour justifier cette ouverture.

→ En considération des évolutions de la violence, des charges de travail, du coût financier, et du manque d'agents de sécurité privée, comme évoqué ci-dessus, il conviendrait de :

- Relancer le ministère de l'Intérieur sur la demande de fusion des deux métiers des agents de sûreté et de sécurité-incendie dans les établissements publics de santé et la possibilité pour des agents ayant les qualifications requises (maître-chien, etc.) de pouvoir utiliser ces qualifications même lorsqu'ils sont employés par l'établissement.

Le dramatique et récent événement de Reims (mai 2023) montre à quel point il est nécessaire que des patrouilles continues soient exercées par tous les agents de sécurité-sûreté dans les établissements de santé pour prévenir les violences et ne pas uniquement se déplacer sur des incidents déclarés. Ici encore c'est un moyen donné au Directeur d'établissement d'assurer sa mission de sécurité et sûreté au travail de toutes les personnes qui sont employées dans son établissement.

- Mettre en place une formation sûreté-sécurité spécifique aux établissements de santé avec une certification professionnelle (RNCP) ; valorisant ce métier et permettant des perspectives d'avenir professionnel et l'assurance d'un personnel compétent pour les établissements.
- Proposer une évolution statutaire aux agents possédant la double qualification (actuellement Titre à Finalité Professionnelle d'Agent de Prévention et de Sécurité - TFP APS et Service Sécurité Incendie et d'Assistance à Personnes – SSIAP 1), par exemple le passage en catégorie B.
- Obtenir un contrôle des conditions de moralité pour pouvoir accéder au poste d'agent de sûreté et de sécurité.

→ Le recrutement de responsables ayant la double compétence « sûreté-sécurité incendie » serait de nature à consolider et légitimer leurs fonctions d'encadrement. De même, certains établissements se sont dotés d'un Poste de Commandement (PC) unique, avec semble-t-il une plus grande efficacité opérationnelle.

→ À titre expérimental, étendre à des agents de sûreté et sécurité des établissements publics de santé la possibilité de filmer les personnes avec les mêmes dispositions que celles adoptées pour les sapeurs-pompiers professionnels ou volontaires et les militaires de la brigade des sapeurs-pompiers de Paris et du bataillon des marins-pompiers de Marseille. L'enregistrement n'est pas permanent et ne peut être déclenché dans les cas où il est susceptible de porter atteinte au secret médical. Les conséquences négatives des violences verbales et physiques sur l'ensemble des personnels de santé et sur le fonctionnement des services nécessitent de développer des moyens de facilitation de constatation des infractions, notamment en cas de violences verbales (outrages, menaces physiques, menaces de mort) qui sont parfois difficiles à prouver. Les forces de l'ordre ainsi que les agents de sécurité de la RATP et de la SNCF disposent déjà de caméras mobiles d'enregistrement. Leur coût n'est pas exorbitant. Leur effet dissuasif est important et en cas de violences, il s'agit d'un élément essentiel pour l'apport de preuves. Si les agents ont été très réticents au départ à la mise en place de ce système, ils en ont vite compris l'intérêt (protection, fin de la mise en doute de leur parole et de la légitimité de leur intervention).

Dans ce cadre et à titre expérimental, face à la recrudescence des violences verbales, obtenir une compétence étendue de leurs pouvoirs coercitifs avec un pouvoir de constatation « d'agent assermenté » pour les outrages serait certainement une vraie force dissuasive.

Proposition 15 : financer des dispositifs de protection et d'alerte

Les situations d'isolement des professionnels sont nombreuses et concernent la ville et l'hôpital. Le financement de dispositifs de vidéo-surveillance ou d'alerte doit être proposé en cohérence avec les contextes locaux. Des financements via les régions, des partenariats public-privé pourraient soutenir cette ambition.

La vidéo-surveillance permet, avec une mise en œuvre relativement simple, de sécuriser à la fois les salles d'attente, mais aussi les zones dites de circulation, ainsi que les espaces normalement réservés aux soignants. La présence de cette vidéo-surveillance est soumise à des autorisations préfectorales et doit être signalée au public par des affichages. Un registre de vidéo-protection doit être tenu et mis à jour. L'enregistrement des images est limité dans le temps, et ne peut excéder un mois. Sa présence est avant tout dissuasive, mais peut aussi constituer une preuve. Ces systèmes peuvent être couplés à des enregistreurs audios. Ils sont adaptés au monde hospitalier comme en ville.

Dans les Services d'Urgences, chaque boxe doit pouvoir être équipé d'un système d'alerte silencieux (type « bouton poussoir ») relié à un agent du PC Sécurité-Sûreté. De même, des travailleurs isolés dans certains locaux hospitaliers (pharmacie hospitalière garde et weekend, chambres de garde...), doivent pouvoir bénéficier de la même protection. Ces systèmes sont capables de donner l'alerte discrètement, à l'insu de l'agresseur, soit à l'équipe soignante, avec un couplage possible à un système de gyrophares ou signaux lumineux de couleurs (système collaboratif en l'absence de personnel de sûreté), soit directement au PC Sécurité-Sûreté, soit les deux. Ces dispositifs peuvent être portés par les soignants, avec une fonction de géolocalisation. Certains systèmes déclenchent également la diffusion d'un son au PC Sécurité-Sûreté, qui peut ainsi identifier la nature de l'incident, et recueillir par la suite une preuve, celle-ci étant libre depuis 1993 selon l'art. 427 du Code de procédure pénale.

Des dispositifs similaires type « alarme silencieuse » permettent, dans les cabinets des points fixes de consultations type Maison Médicale de Garde (MMG) ou Centres de Soins Non Programmés, de donner l'alerte en cas d'agression, soit à l'équipe présente sur place, soit à un centre distant qui veille à la sécurité des professionnels.

À l'instar de ceux existants pour les femmes victimes de violences conjugales, des applications sur Smartphone, des dispositifs connectés et géolocalisés portés ou dissimulés (type bracelets, bijoux... qui ne nécessitent pas de se saisir d'un téléphone, ce qui n'est pas toujours possible) d'appel au secours ou tout autre moyen d'alerte doivent être accessibles aux professionnels exerçant dans des secteurs, zones ou dans des créneaux horaires plus à risque (professionnels de la nuit, médecins de garde en MMG ou médecins effecteurs mobiles en visite à domicile). Certains dispositifs proposent même un enregistrement audio des propos, ce qui est particulièrement important pour apporter la preuve de violences verbales. Selon le contexte, ces équipements géolocalisables doivent pouvoir renvoyer sur des collègues en capacité de venir en renfort et de prévenir les forces de l'ordre (exemples : autres bureaux médicaux, secrétariats médicaux, centres de régulation des appels, plateformes de coordination...), ou directement sur un service de Police ou une unité de Gendarmerie. Ces dispositifs, dont la technologie est aboutie et déjà opérationnelle à moindre coût, doivent pouvoir être déployés et généralisés à court terme. Pour accompagner leur déploiement dans les quartiers dits sensibles, des initiatives comme celle de la Caravane de la sécurité des médecins libéraux de Guyane seront les bienvenues. Là où ils sont utilisés, ces dispositifs ont un réel effet bénéfique sur leurs utilisateurs et contribuent à rompre le sentiment d'insécurité.

Ces dispositifs pourraient également être proposés aux professionnels libéraux dans les suites d'une saisine de la Police ou la Gendarmerie pour faits de violences.

À l'extrême, pour les MMG ou les centres de consultations ouverts le soir et le week-end, et pour ceux qui font l'objet d'un risque avéré ou accru, il doit pouvoir être proposée une aide financière pour permettre la présence d'un agent de sûreté aux abords du centre médical ou à l'entrée de la salle d'attente.

Tous ces dispositifs sont assez simples à mettre en œuvre, mais l'application de ces principes revêt, on le voit bien, un enjeu économique crucial, car leur coût peut être dissuasif notamment pour les professionnels libéraux et les travailleurs isolés. Un soutien de l'État par le truchement des ARS, des collectivités locales (Région, Département, etc...) serait souhaitable pour garantir et rendre pérenne un accès aux soins pour les populations, de jour comme de nuit, y compris en ville. Le décret du 17 juin 2021²⁰ œuvre dans ce sens, en étendant le périmètre des bénéficiaires du FMIS aux structures d'exercice coordonné et aux établissements et services médico-sociaux.

La crise COVID a rendu nécessaire le renforcement de la gestion des flux entrants dans le secteur de la santé (filtrage renforcé des entrées piétons et véhicules, limitation du nombre de personnes dans les salles d'attente voire attente en extérieur...). Bien qu'assouplie, cette politique reste répandue et aujourd'hui, beaucoup de professionnels sont unanimes à en reconnaître l'impact positif sur leur quotidien. A cette mesure de gestion des flux, s'ajoute une sécurisation des accès aux locaux par des systèmes de fermetures temporisées, des ouvertures contrôlées +/- des détecteurs d'intrusion ou de mouvements, des caméras ou tout autre technologie moderne de gestion des accès (...). Un engagement financier sera nécessaire pour garantir l'installation et la maintenance de ces moyens de protection.

²⁰ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043677664>

Proposition 16 : proposer des équipements de protection pour les professionnels de première ligne

Les personnels d'intervention d'urgence en extra-hospitalier (SMUR, médecins effecteurs mobiles) et les ambulanciers peuvent être victimes de menaces physiques lors de prises en charge de patients présentant des troubles psychiatriques ou sous l'emprise de psychotropes. Il existe aujourd'hui des gilets de protection anti-armes blanches aisément dissimulables sous une tenue de travail, faciles à porter et n'entravant pas les mouvements lors des soins. Certaines structures d'ambulances privées, le SAMU 83 ont d'ores et déjà opté pour mettre à disposition de leurs personnels ce type d'équipements, utilisables au cas par cas lorsqu'un risque potentiel est identifié.

Inscrire dans le référentiel des SMUR édité par SAMU Urgences de France (SUdF) la mise à disposition dans le véhicule de gilets « anti-armes blanches » serait une mesure forte de prévention.

L'évolution technologique dans le domaine des matériaux permet de se projeter vers des tenues professionnelles légères et de type « tactiques ». Une réflexion pourrait s'engager dans le futur avec les fournisseurs partenaires.

Concernant les véhicules d'intervention (ambulances privées, ambulances hospitalières, ambulances et véhicules d'intervention SMUR, véhicules légers médicalisés (médecins effecteurs mobiles type SOS Médecins ou autres médecins de garde en mobilité, infirmières libérales, HAD...), il faudra prévoir la dotation ou le financement de caméras embarquées de type « dash-cam ». Ces caméras couplées à des enregistreurs sont utilisées dans de nombreux pays. Aux États-Unis, 80 % des conducteurs qui remplacent leur véhicule en sont ainsi équipés. Ce dispositif permet de faire valoir ses droits en cas de problème, en l'espèce établir une preuve en cas d'agression sur le véhicule ou son équipage lors du déplacement ou de l'intervention.

Proposition 17 : financer des équipements de sécurité dans le secteur libéral

Le Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS) finance depuis 2014 les dépenses d'investissement et de fonctionnement des établissements de santé dans le cadre d'opérations de modernisation et de restructuration de ces établissements. Pour rappel, le FMIS représente actuellement 25 millions d'euros par an, distribués par les ARS.

Depuis le décret de juin 2021, le FMIS bénéficie à d'autres organisations professionnelles notamment les Groupements de Coopération Sanitaire (GCS), les structures d'exercice coordonné (MSP, Centres de Santé, CPTS) et les établissements et services sociaux et médico-sociaux. Il pourrait être discuté d'autres modes de financements pour le secteur ambulatoire. On citera par exemple le Fonds d'Intervention Régional (FIR) ou encore l'ajout d'un volet supplémentaire au forfait structure pour les médecins, mais celui-ci relève actuellement du champ conventionnel.

Des systèmes de vidéosurveillance aux abords des cabinets, officines et laboratoires, devraient également être mis en place. Par ailleurs, la question de l'éclairage public doit être abordée. Son extinction augmente le sentiment d'insécurité.

Axe 2 : acculturer les professionnels

L'acculturation des professionnels de santé au concept de violence en milieu de santé est un processus continu qui demande un engagement soutenu de la part des dirigeants. Il est important de créer une culture de sécurité et de respect, où les professionnels de santé sont bien informés, formés et soutenus pour faire face à ce problème complexe.

Objectif : développer les connaissances et les compétences

Proposition 18 : consolider les compétences des managers

L'Institut du management de l'EHESP, référence dans la formation des managers des établissements de santé, aborde la thématique de la sécurité des personnels de santé sous l'angle des obligations de l'employeur et de la qualité de vie au travail. Ces formations s'adressent aux directeurs mais également aux médecins-managers, aux cadres, et favorisent le développement des compétences en inter et pluri professionnalité tant en formation initiale statutaire que continue. Intégrer un scénario « violence aux professionnels de santé » dans les différents cursus de formation des managers à l'EHESP participera à l'appropriation des bonnes pratiques.

La question des violences externes et internes fera l'objet d'un module spécifique et obligatoire en lien avec la thématique Qualité de Vie et Conditions de Travail (QVCT) dans tous les dispositifs de formation élaborés pour accompagner les managers en exercice ou les futurs managers : chefs de pôle, cadres paramédicaux de pôle, chefs de service, cadres de santé, étudiants cadres de santé...

Proposition 19 : sensibiliser et former tous les professionnels

Le rapport de l'ONVS 2022²¹ (données 2020-2021) montre que ce sont les professionnels de santé qui interviennent en premier dans 59 % des cas de violence, les services de sécurité-sûreté dans 23% et les forces de l'ordre dans 6%. Si des méthodes certifiées faites par des soignants pour des soignants existent, elles ne sont pas dispensées dès la formation initiale et ne sont pas généralisées. Ces méthodes sont pourtant efficaces, rassurantes et appréciées des professionnels de santé titulaires qui ont pu les suivre. Ainsi, les professionnels de santé devraient être formés pour gérer les comportements violents et agressifs, notamment la communication efficace, la gestion des conflits, la médiation et la résolution de problèmes.

Les programmes de formation doivent inclure des simulations de situations de violence et des exercices pratiques pour renforcer les compétences de communication et de résolution de conflits. Il importe de prioriser leur accès dans les plans de formation des services. Les droits en matière pénale dont bénéficient les professionnels de santé et les personnes chargées d'une mission de service public seront également abordés. La mission a constaté combien cette méconnaissance était importante auprès des personnes auditionnées.

Le manque de connaissances en santé mentale est responsable de difficultés à repérer les troubles mentaux, à détecter les signaux d'alerte et à agir de façon appropriée. Les résultats 2021 de la dernière enquête de Santé Publique France²² font état d'une augmentation significative des populations présentant un état anxieux (+10 points), dépressif (+ 5 points), des pensées suicidaires (+ 5 points) à laquelle s'ajoute un accroissement des patients psychiatriques suivis en ambulatoire. Or, ces états

²¹ <https://www.ars.sante.fr/observatoire-national-des-violences-en-milieu-de-sante-onvs-chiffres-cles-du-rapport-2022>

²² <https://www.vie-publique.fr/en-bref/281664-sante-mentale-repondre-la-forte-demande-de-soins-des-francais>

peuvent être source d'exacerbation des comportements violents. La question d'une formation obligatoire en santé mentale de premiers secours avec une obligation de recyclage (comme celle des « gestes d'urgence ») pour les professionnels des services les plus exposés (urgence, psychiatrie, gériatrie...) et les intervenants de l'extra hospitaliers (SMUR, ambulanciers) voire d'autres catégories professionnelles (administratifs...) sera examinée en s'appuyant sur les préconisations de la circulaire du 23 février 2022²³. Elle pourrait également être proposée aux forces de l'ordre, régulièrement confrontées à des interventions rendues complexes en raison du contexte sociétal et contribuerait sans nul doute à améliorer les relations entre les professionnels de la psychiatrie et les forces de sécurité intérieure.

Intégrer dans les maquettes des études en santé des formations sur les thèmes de la communication (thérapeutique, non-violente), de la gestion des comportements agressifs (désescalade verbale ; maîtrise de la situation ; protection de soi et des autres...) sera un premier socle concourant à une acculturation.

Une communication ciblée vers les professionnels libéraux concernant l'orientation n°295 « Gestion pratique de la violence et de l'agressivité du patient et de son entourage », ajoutée en février 2023 aux orientations pluriannuelles prioritaires de DPC 2023-2025 sera nécessaire pour informer l'ensemble des publics.

Objectif : faciliter l'accès aux formations

Proposition 20 : sortir du forfait les formations de l'orientation 295 du DPC

La fiche de cadrage n°295²⁴ définit comme une orientation prioritaire de développement professionnel continu (DPC) de politique nationale de santé s'adressant à toutes les professions la « Gestion pratique de la violence et de l'agressivité du patient et de son entourage ». L'évolution des pratiques de soins et le renforcement des compétences sont des impératifs professionnels qui s'inscrivent dans les priorités des plans de formation, qu'ils soient individuels ou collectifs, et risquent de reléguer cette orientation au second plan.

Les formations s'inscrivant dans cette orientation doivent toucher un maximum de professionnels libéraux et pourraient, dans un premier temps, être financées en sus du forfait (ou quota) autorisé par profession, au moins jusqu'à fin 2024. Ces formations devront prendre en considération les spécificités de l'exercice en ville.

Proposition 21 : adapter les modalités de formation aux contraintes hospitalières

Dans les établissements de santé, l'organisation des formations sur les thèmes en lien avec l'orientation 295 devra être adaptée aux contraintes particulières des services. Au regard des difficultés de personnels limitant les possibilités de formation externe, les centres ou organismes de formation-conseil spécialisés en santé devront intégrer de nouveaux modèles, par exemple des formations in situ de 3,5 à 5 heures par jour sur plusieurs jours consécutifs, sur des temps dits de « chevauchement d'équipes » ou sur des temps de nuit ou toute autre proposition en cohérence avec l'expression des besoins des demandeurs.

²³ <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/45298>

²⁴ <https://www.agencedpc.fr/accueil/orientations-nationales-prioritaires-de-dpc-2023-2025>

Proposition 22 : professionnaliser les référents sécurité ou violences des ordres et URPS

Aujourd'hui, la fonction de référent sécurité ou violences existe déjà dans de nombreux établissements de santé, au sein des Ordres et des URPS... En complément d'un socle de connaissances administratif et juridique, elle nécessite des compétences proches de celle de la médiation telle que définie par le code national de déontologie du médiateur « *un processus structuré reposant sur la responsabilité et l'autonomie des participants qui avec l'aide d'un tiers neutre, impartial, indépendant et sans pouvoir décisionnel ou consultatif, favorise par des entretiens confidentiels, l'établissement et/ou le rétablissement des liens, la prévention, le règlement des conflits* ».

Créer des dispositifs de formation adaptés aux besoins particuliers de ces référents participera à un meilleur accompagnement des victimes de violences internes (traitement administratif) et externes (traitement judiciaire). Des modules formatifs de type Massive Open Online Course, webinaires, à leur intention pourront être construits en collégialité.

Objectif : faire du collectif de travail une ressource et une source de résilience

Proposition 23 : développer les collaborations pluri professionnelles

Pour favoriser un apprentissage commun au sein des équipes de soins, permettre les échanges, concerter les évolutions dans le domaine de la sécurité, plusieurs solutions concrètes sont à décliner en fonction de la taille des structures. Il peut s'agir de la création d'une instance réunissant soignants et professionnels de la sécurité, de propositions d'ateliers pour les professionnels animés par le référent.

Un séminaire « sûreté » annuel associant des représentants de la justice et de l'intérieur pourrait être organisé à l'intention des gouvernances hospitalières, des référents-sécurité ordinaires, des bureaux des URPS et des CPTS.

Proposition 24 : organiser des espaces de discussion sur le travail

Le collectif de travail est une ressource souvent citée par les professionnels. L'écoute entre pairs, les « débriefs » officiels sont soutenus pour les victimes. Néanmoins, même si ces actions du quotidien sont indispensables et utiles pour l'individu, elles doivent parallèlement être complétées par une démarche plus globale d'analyse du travail réel associant l'ensemble des membres de l'équipe.

L'organisation de ces temps d'échanges autour du travail est un enjeu majeur pour redonner du sens opérationnel au travail quotidien, le réorganiser en tenant compte des aléas. Il est fondamental de préserver ou créer lorsque ceux-ci n'existent pas ces espaces de discussion. Ces moments s'inscrivent dans la qualité de vie au travail au service de la qualité des soins. Ils s'appuient sur une méthodologie validée par la HAS²⁵ et s'intéressent au travail réel centré sur l'expérience des acteurs.

De ces espaces pourraient émerger des solutions collectives et concrètes adaptées au contexte singulier de chaque structure et visant à prévenir et mieux gérer les violences.

²⁵ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-09/qvt_fiche_outil_edd.pdf

Axe 3 : mieux objectiver les faits de violences internes et externes

La survenue d'une agression, que ce soit en milieu hospitalier ou en ville, surtout lorsqu'elle est particulièrement grave (violences physiques, menaces de mort, crimes...) déclenche une réaction émotionnelle intense dans la communauté soignante et provoque l'effet d'un séisme à chaque occurrence. Les gouvernances hospitalières, notamment le Directeur d'Établissement, parce qu'il détient un pouvoir de police générale visant à assurer un rôle de régulateur de la « tranquillité publique » au sein de son établissement, sont particulièrement impactées lors de la survenue de ces violences. Les Ordres sont également impliqués, et c'est en général toute une communauté professionnelle qui se sent ainsi concernée et impliquée, par esprit de corps, ce que nous pourrions appeler le « corporatisme sain ».

Néanmoins, l'importance du phénomène de sous-déclaration ne permet pas aujourd'hui de mesurer objectivement le nombre des faits de violence envers les professionnels de santé, tant en ville qu'en établissement. Comme cela a été montré au fil des auditions, les données de l'ONVS ou des Ordres restent très en deçà de la réalité.

Objectif : clarifier les circuits de déclaration, les rôles et missions des acteurs de la chaîne

Proposition 25 : converger vers une synergie des systèmes de déclaration

Pour signaler un fait de violence, Il existe plusieurs modes de signalements :

→ La plateforme-signalement de l'ONVS :

En établissement de santé, la fiche d'événement indésirable interne est l'outil de déclaration initiale et, dans le cas d'un fait grave la direction est également informée directement par les encadrants de proximité. Ces fiches de signalements sont propres à chaque établissement. Le professionnel est conseillé et accompagné par son établissement tout au long de son parcours de victime. Il appartient ensuite à l'établissement d'effectuer ou non un signalement sur la plateforme-signalement de l'ONVS. L'outil n'est pas en accès libre. L'établissement doit donc s'authentifier et habiliter des agents qui rempliront les fiches. En effet, il importe que la direction de l'établissement soit informée de tout événement qui a eu lieu en son sein car elle a une obligation de sécurité envers ses employés.

En exercice libéral, l'accès est libre car il a été décidé de laisser la faculté aux professionnels de santé de déclarer ou non de façon anonyme, ceci afin de ne pas restreindre le signalement.

Soit le signalement est effectué par un professionnel de santé libéral membre d'une des sept professions ordonnées. Dans ce cas, ce signalement arrive à la fois sur le site de l'ONVS dont chaque ordre possède un accès en tant que gestionnaire pour les signalements qui le concerne. Par ailleurs, un courriel est automatiquement adressé à l'ordre avec le niveau de gravité de l'atteinte commise. Ainsi, il peut se rendre sur la plateforme-signalement pour en prendre connaissance. La finalité est de permettre aux Ordres d'accompagner de la façon la plus réactive possible leurs membres victimes de violences. Les Ordres apportent conseil et soutien à la victime tout au long de son parcours.

Soit le signalement provient des autres professions de santé non ordonnées. Les professionnels peuvent demander un soutien à l'ONVS (coordonnées disponibles tant sur le site de l'ONVS que sur sa plateforme-signalement).

Dans les deux cas, des liens internet indiquent aux professionnels victimes des renseignements pratiques sur le dépôt de plainte ou encore l'aide aux victimes.

→ Les trois « observatoires ordinaires de la sécurité » (médecins, pharmaciens et infirmiers) proposent également à leurs membres de déclarer via une plateforme ou un formulaire papier. Les fiches de signalement « ordinales » recueillent selon la profession des éléments très différents, en lien avec leurs pratiques et leur permettant une analyse de granularité différente. Néanmoins, ces dispositifs de déclaration ne sont pas sans créer de confusion avec l'ONVS et sa mission de renseignement et d'analyse au niveau national. L'observatoire de la sécurité des médecins, antérieur à celui de l'OVNS, reçoit des signalements de médecins exerçant en établissement, ajoutant ainsi à la confusion.

Le contenu de la fiche de signalement de l'ONVS a été conçu de façon à être en lien avec les questions qui seront posées lors du dépôt de plainte, ce qui facilite ce dépôt de plainte par la victime si elle le souhaite. Les supports actuels de signalement des Ordres sont quant à eux très hétérogènes dans leur contenu, selon les besoins identifiés par ceux qui les ont créés. Au final, même si des Ordres transmettent leur bilan annuel à l'ONVS, ces différences de contenu dans les items des formulaires ne permettent pas d'agréger les données à un niveau national. Un groupe de travail ministériel autour d'une convergence des systèmes de déclaration ordinaires et ONVS doit être mis en place pour permettre d'améliorer l'objectivation réelle des faits.

Si les fiches de déclaration internes aux établissements de santé semblent pour la plupart très proches de celles de l'ONVS, les auditions ont mis en évidence que la difficulté principale pour la remontée de ces déclarations des établissements vers l'ONVS était la double saisie des fiches. Elle constitue même un sérieux frein. Une réflexion doit être lancée pour travailler ces différents points. Des travaux sont déjà en cours au niveau de l'ONVS pour développer une interopérabilité entre les systèmes de déclaration interne établissement et externe et devront se poursuivre en vue d'un déploiement national.

L'ONVS permet de suivre l'évolution des déclarations, enrichit la connaissance des faits et par un rapport annuel étoffé, propose des pistes d'actions pour adapter la politique de lutte contre la violence en milieu de santé, venant ainsi en soutien aux établissements, et aujourd'hui aux Ordres professionnels de santé.

Proposition 26 : renforcer les moyens de l'ONVS au sein de la DGOS

L'ONVS a montré tout son intérêt depuis sa création. Il a su développer un travail conséquent et pertinent d'analyse de ces violences dans les établissements, et par la suite en ville. Ce travail a été reconnu et salué tant par de nombreux acteurs de la santé que par d'autres acteurs publics et privés.

Pour qu'il puisse continuer cette mission, qui permet notamment d'adapter la politique nationale du ministère de la santé et de la prévention aux violences et aux enjeux de la sécurité, la mission suggère que l'ONVS soit renforcé en personnel compte tenu de ses nombreuses missions périphériques, cela d'autant plus qu'il sera chargé de la mise en œuvre d'une partie des propositions qui seront retenues dans le plan d'actions. Ce renforcement profitera aux acteurs de la ville et des établissements.

Enfin, il conviendrait d'ouvrir l'ONVS à d'autres entités (HAS, EHESP...) afin de développer davantage l'analyse des signalements pour en tirer les enseignements sur d'autres plans (pratiques de soins, sociologie, etc.), l'aspect « sécurité-justice » étant quant à lui bien développé en raison de la présence à sa tête d'un membre du corps de conception et de direction de la police nationale. Cela assurerait à

l'ONVS davantage de crédibilité vis-à-vis notamment des acteurs de la santé qui pourraient mieux s'approprier l'outil.

Objectif : réinvestir les données du terrain

Proposition 27 : engager des travaux de recherche sur la santé des professionnels

En France, les violences internes ou externes à l'entreprise sont essentiellement mesurées sous le prisme des Risques Psychosociaux (RPS). Pour la France, le coût social du stress au travail, incluant entre autres les conséquences de ces deux types de violence, est évalué entre 1,9 et 3 milliards d'euros²⁶. Cette estimation comprend le coût des soins et la perte de richesse pour cause d'absentéisme, de cessation prématurée d'activité et de décès prématuré (Institut national de recherche et de sécurité, étude réalisée en 2010 basée sur des chiffres de 2007). Ces méthodes de mesure ne permettent pas de mettre en évidence la part des violences dans le cadre du travail dans ces dépenses.

L'impact des violences sur les professionnels de santé est, de fait, peu documenté. Quelques enquêtes de type baromètre de santé²⁷ apportent un éclairage partiel sur ce sujet.

Le coût des dépenses liées aux accidents du travail ou arrêts maladie suite à des agressions de toutes natures est difficile à établir. Les données nationales (Caisse Nationale d'Assurance Maladie) ou locales (assureurs, établissements...) existantes sur la santé des professionnels de santé (accidents du travail, maladies professionnelles) contiennent probablement des informations qualitatives non exploitées à ce jour.

Des travaux de recherche à partir d'analyses quantitatives et qualitatives des données existantes ou de projets à construire sur la santé des professionnels de santé contribueront à enrichir les connaissances scientifiques sur l'impact des violences en santé. Dans ce cadre, les données qualitatives dont disposent l'ONVS pourraient être réinvesties.

Proposition 28 : réaliser des retours d'expérience, des reportings auprès des équipes

Les retours et partages d'expériences entre professionnels permettent de progresser et d'identifier les bonnes pratiques. Lorsque le fait est grave et traumatisant pour une personne et plus largement pour une équipe, il mobilise généralement toute la communauté et fait le plus souvent l'objet d'une analyse et de propositions d'amélioration rapides.

Les faits les plus « banaux » sont, *a contrario*, rarement analysés. Exploiter les informations sur ces faits « peu graves mais récurrents » peut permettre d'identifier des facteurs de risques individuels (par exemple si un professionnel est plus souvent victime d'agression qu'un autre au même poste) ou collectifs (par exemple une équipe composée majoritairement de jeunes professionnels est plus souvent concernée...) et de proposer des solutions sur mesure.

Lorsqu'ils sont déclarés et pris en compte, les faits de violences internes conduisent à une enquête administrative réalisée par des enquêteurs (encadrement et/ou direction des ressources humaines ou enquêteurs formés à la méthodologie). Leur conclusion fait l'objet d'un rapport interne.

²⁶ <https://www.ameli.fr>

²⁷ <https://www.mnh.fr/sites/default/files/2022-09/cp-barometre-mnh-odoxa-220922.pdf>

Donner de la visibilité aux enquêtes et procédures engagées suite à des faits de violence, entre professionnels ou entre professionnels et étudiants, donnerait une preuve de transparence. Raconter une/des « histoires » en garantissant l'anonymat des protagonistes serait un acte pédagogique, mais également de prévention voire de dissuasion pour de potentiels auteurs. Ce serait par ailleurs un levier intéressant pour engager des discussions autour des pratiques professionnelles au sein des équipes. La tolérance zéro doit se faire connaître.

Axe 4 : accompagner et soutenir les victimes

De nombreux outils existent mais manquent parfois de visibilité. Souvent bien connus des directions, des Ordres, des fédérations..., ils sont *a contrario* très peu connus d'une majorité des professionnels de proximité qu'il s'agisse de plateformes ou numéros nationaux ou locaux.

Objectif : disposer d'outils de soutien opérationnels

Proposition 29 : impliquer systématiquement les ordres professionnels dès lors qu'une plainte est déposée par un de leur membre

Trop peu de professionnels sont informés du fait qu'ils peuvent solliciter le soutien de leur Ordre lorsqu'ils ont été agressés. Les Ordres professionnels ont organisé ce soutien tant sur son volet juridique que sur son volet psychologique. Ils diffusent sur leur site des conseils pratiques, encouragent leurs membres à déclarer les événements et les orientent sur les démarches à effectuer. Les Ordres peuvent, et cela sur demande de la victime, s'associer à la plainte en se portant partie civile. Dans les faits selon les Ordres, cette dernière disposition est plus ou moins mise en œuvre et devra être systématisée :

- pour les libéraux, dès que la déclaration est suivie d'une plainte,
- pour les salariés, les directions feront le relai et informeront les victimes de cette disposition.

La question de la continuité des soins a été évoquée lors des auditions. En effet, dans les situations les plus sensibles, où la poursuite de la prise en charge est compromise, notamment en ce qui concerne les soins infirmiers à domicile, l'Ordre pourrait accompagner le soignant en difficulté et organiser le relai par un autre professionnel.

Le processus de retour d'information concernant le suivi des plaintes vers les plaignants et les Ordres doit être amélioré dans sa fluidité et son exhaustivité.

Par ailleurs, il serait souhaitable que toute procédure pénale engagée à l'encontre d'un membre de l'Ordre soit systématiquement transmise à cet Ordre.

Proposition 30 : réactiver les conventions santé-sécurité-justice

Prévues dans le cadre d'un protocole national du 12 août 2005 (santé, intérieur) puis réactualisées par deux protocoles nationaux associant désormais la justice (10 juin 2010 pour les établissements de santé et 20 avril 2011 pour les professionnels de santé exerçant en libéral), ces conventions prévoient diverses mesures pour faciliter la prévention et la lutte contre les violences.

L'existence de ces conventions dans les territoires et leurs multiples déclinaisons locales, pour les établissements de santé comme pour les libéraux, n'exonère pas de créer du lien entre les différentes parties prenantes, et de le réactiver régulièrement, pour faciliter les interactions, les canaux directs et la

mise en œuvre d'une protection rapide en cas d'agression, y compris un accompagnement ad hoc dans le dépôt de plainte et les suites judiciaires. Les trois ministères Santé, Sécurité, Justice doivent s'acculturer les uns aux autres pour mieux interagir et avoir un socle de connaissance commun.

Parmi les parties prenantes de ces protocoles qui doivent ainsi interagir en prévention et en accompagnement lorsque des violences ont lieu, on citera notamment : les professionnels de santé et leur chaîne hiérarchique (Directions des établissements de santé, les Ordres professionnels (référents « sûreté »), les ARS, les URPS, les référents « Sûreté » de la Direction Départementale de la Sécurité Publique (DDSP), les officiers « Prévention-Partenariat » des groupements de Gendarmerie Départementale, les magistrats du parquet (procureurs et substituts), le préfet.

Ces conventions²⁸ visent à « renforcer les liens nécessaires à la mise en œuvre de mesures de prévention des situations de violences, et à y mettre fin dans les meilleures conditions ».

Des conseils de sûreté sont dispensés auprès des professionnels de santé, qui peuvent ainsi adapter leurs organisations matérielles pour préserver ou rétablir leur sécurité. Le lien entre les professionnels et les forces de Police ou Gendarmerie se fait par l'intermédiaire de l'Ordre départemental concerné, pour les professions ordonnées. Lorsqu'il existe un danger ou un trouble avéré, le recours aux services de Police ou aux unités de Gendarmerie se fait par usage de la procédure d'alerte existant au plan local (différentes modalités possibles, par exemple l'inscription au fichier prioritaire « Sécurité des Interventions et de Protection » -SIP- de la Gendarmerie). Les dépôts de plaintes et leur suivi doivent être facilités.

Les protocoles prévoient une rencontre annuelle, au niveau des trois ministères comme à l'échelon départemental, sous l'égide du Préfet et du Procureur de la République, associant les instances ordinales et les représentants des services de Police et/ou des unités de Gendarmerie territorialement compétents.

La mission propose :

→ De rappeler dans une circulaire interministérielle (santé-intérieur) aux établissements de santé, aux forces de sécurité intérieure les éléments essentiels des « conventions santé-sécurité-justice » (juin 2010 et étendues en avril 2011 aux professionnels de santé libéraux) : accompagnement systématique des personnels pour la prise de plainte après fixation d'un rendez-vous dans les services de Police et unités de Gendarmerie. Information du suivi judiciaire. Il est en effet constaté une inégalité dans l'application de cette mesure, tant par les établissements que par les forces de sécurité intérieure.

→ De rappeler également aux forces de sécurité intérieure la protection pénale spécifique dont bénéficient les professionnels de santé et les personnes chargées d'une mission de service public dans le Code pénal et le Code de procédure pénale, protection pas toujours bien connue des enquêteurs, générant parfois des refus injustifiés de prise de plainte ou une mauvaise qualification pénale, préjudiciables aux victimes. La mission s'interroge, par extension, sur la possibilité d'optimiser les logiciels de rédaction des plaintes afin que, par exemple, l'attention du rédacteur de la plainte soit automatiquement attirée dès lors que la qualité de « professionnel de santé » est indiquée par la victime,

²⁸ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/protocol_national_securete_professionnels_sante_200411.pdf

cette qualité aggravant la répression de l'infraction commise et/ou rendant les conditions de mise en mouvement de l'action publique moins exigeantes que pour un particulier.

À titre d'exemples :

- Les violences volontaires sans ITT qualifiées au niveau contraventionnel comme pour un particulier contrairement aux dispositions de l'art. 222-13 al 4 bis du Code pénal qui en font un délit ;
- Refuser une prise de plainte pour menace de crime ou de délit sous prétexte d'exiger la réitération de celles-ci comme pour un particulier contrairement aux dispositions de l'art. 433-3 2 du Code pénal ;
- Ne pas retenir l'outrage de l'art. 433-5 al 1 du Code pénal alors qu'un professionnel de santé travaillant dans un établissement de santé public ou privé est considéré comme une personne chargée d'une mission de service public et bénéficie de ce fait de cette disposition pénale ;
- Domicilier la victime à son adresse personnelle alors qu'elle doit l'être à celle de son établissement (art. 706-57 du CPP).

En complément de la proposition sur la domiciliation, mieux faire connaître la possibilité que : « *Les personnes à l'encontre desquelles il n'existe aucune raison plausible de soupçonner qu'elles ont commis ou tenté de commettre une infraction et qui sont susceptibles d'apporter des éléments de preuve intéressants la procédure peuvent, sur autorisation du procureur de la République ou du juge d'instruction, déclarer comme domicile l'adresse du commissariat ou de la brigade de gendarmerie.* » (art. 706-47 al. 1 du CPP).

Pour les sept Ordres professionnels de santé, étendre la possibilité de domiciliation au siège de l'Ordre départemental ou régional. Cette possibilité aurait l'avantage de porter à la connaissance de l'Ordre toute action en justice pour des faits de menaces et de violences et de lui permettre ainsi de se constituer partie civile pour soutenir un membre victime.

→ Dans le cadre des « conventions santé-sécurité-justice » version exercice de ville (libéral), mettre en place localement par le parquet une formation-initiation destinée aux correspondants « sécurité » des Ordres professionnels de santé et/ou aux professionnels libéraux au sein des URPS, visant à expliquer les grands principes de l'action pénale, de l'enquête, le rôle du Procureur de la République, sa politique. Cela permettrait à ces référents ordinaires de bien intégrer le processus judiciaire et de s'impliquer toujours mieux localement dans la défense de leurs membres et de créer un contact direct des professionnels de santé avec l'institution judiciaire.

→ Dans le cadre des « conventions santé-sécurité-justice » version établissements et spécialement en ce qui concerne la psychiatrie, formaliser un volet intégrant les demandes d'intervention de la Police Nationale / Gendarmerie Nationale à la demande de l'établissement : patient en crise en psychiatrie ; patient en crise à l'intérieur d'un domicile, patient suicidaire ou autre qui ne répond plus aux appels dans son domicile.

→ Quand les relations Police/Gendarmerie/Établissements ne nécessitent pas de « convention SSJ » mettre en place localement avec la Police Nationale / Gendarmerie Nationale et le directeur de l'établissement une rencontre permettant de déterminer les thématiques d'atteintes aux personnes et aux biens recensées ainsi que d'apporter des conseils pour la sécurisation de l'établissement, d'échanger les coordonnées.

Proposition 31 : faciliter l'accès à un avocat

Une des problématiques identifiées dans la mise en mouvement de la machine judiciaire, c'est l'accompagnement juridique de la victime, notamment dans le temps précoce.

Bien que les Ordres notamment proposent cet accompagnement, ainsi que les établissements notamment dans le cadre de la protection fonctionnelle, il serait intéressant de gagner du temps avec une prise en charge de type « première minute ».

Certains cabinets d'avocats sont ainsi en mesure d'assister les victimes dès l'agression, avec un numéro joignable 24h/24h (juriste, avocat). Ce dispositif intervient avant la protection fonctionnelle et présente plusieurs avantages :

- Assister la victime à un moment où elle est choquée, sidérée.
- Aider la victime à analyser et comprendre la situation, avec lucidité, et la guider dans ses démarches.
- Assister la victime dès le dépôt de plainte pour faciliter l'analyse des faits, leur description auprès de l'autorité recevant la plainte, et donc la qualité de la prise de plainte et de la qualification des faits.
- Aller vite, pour mettre l'agresseur rapidement hors d'état de nuire, et ainsi prévenir la récurrence.
- Éviter les sous-déclarations et le renoncement au dépôt de plainte, ainsi que le retard au déclenchement de l'accompagnement.

Il existe déjà des partenariats avec certains Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins, pour une astreinte 24h/24h, 365 jours par an. Les Ordres ne sont pas en mesure de répondre à toute heure, d'où la pertinence de ce dispositif, en complément de leurs assistances juridiques habituelles.

En outre, la prise en charge des frais par l'employeur le cas échéant est très appréciée par les salariés. Il y aurait un impact favorable sur les arrêts de travail lorsque l'accompagnement est très précoce.

Enfin, notre attention a été attirée sur le fait que les parquets font face à un contentieux de masse, qui incite probablement inconsciemment à minimiser certains faits pour traiter les affaires en procédure accélérée et simplifiée. Cependant, la mission rappelle qu'il ne faut tolérer ou banaliser aucune violence car « *il n'y a finalement pas de petit outrage* »...

Proposition 32 : faire connaître les dispositifs de soutien psychologique

Diverses méthodes de soutien psychologique existent pour aider la victime à se reconstruire après un événement traumatisant. Il s'agit d'une démarche essentielle. Une réponse précoce et gratuite via des dispositifs d'écoute et d'assistance, accessibles de préférence 24h /24 et 7jours/7 est indispensable. Plusieurs Ordres professionnels affichent cette possibilité d'entraide sur leur site (numéro vert gratuit). L'approche pluri disciplinaire présentée par le Centre national de ressources et de résilience (CN2R) conforte la nécessité d'accompagner la victime pour lui permettre de se reconstruire après un ou des événements traumatiques.

En parallèle, des associations, à l'exemple de la plus connue, l'association Soins aux Professionnels de Santé (SPS), s'adressent plus largement à tous les professionnels et étudiants en santé et proposent un contact via un numéro vert ou une application mobile.

Des établissements de santé offrent également la possibilité d'accéder à un psychologue du travail, joignable sur un numéro dédié, les jours ouvrables. Il existe également des dispositifs d'écoute reposant sur des pairs extérieurs. Dans le contexte démographique actuel de leur profession, les médecins de santé au travail interviennent essentiellement auprès des salariés et de façon plus marginale des étudiants. Le retentissement de ces problèmes d'effectifs médicaux est majeur sur la prise en charge des professionnels et plus largement des personnels de santé dans les établissements, notamment dans le domaine de la prévention et du suivi. Leur place dans le traitement d'une situation de crise et leur rôle en tant que réceptacle de situations de détresse psychologique sont fondamentaux. Ils peuvent également avoir un rôle de lanceurs d'alertes. Il est important d'orienter au plus tôt les victimes vers ces services et d'intégrer les services de santé au travail (SST) le plus souvent possible dans l'analyse de ces situations. En fonction des possibilités locales, les SST pourraient également avoir une place dans le dispositif d'accueil des étudiants en stage victimes de faits de violence à leur rencontre au sein de l'établissement.

Après ces prises en charge de première ligne, les victimes sont réorientées vers d'autres professionnels lorsqu'un suivi thérapeutique est nécessaire.

En pratique, ces modalités de soutien sont peu ou pas connues des professionnels. Il serait intéressant que les informations (numéro vert et application mobile) soient diffusées sur un maximum de sites professionnels et étudiants (ordres, unions régionales des professionnels de santé URPS, communautés professionnelles territoriales de santé CPTS, fédérations étudiantes...).

Dans le cadre du dispositif de soutien « MonParcoursPsy » pris en charge par l'assurance maladie (8 séances), une réflexion pourrait être engagée pour faciliter l'accès à un psychologue sans passer automatiquement par le médecin généraliste dans les situations d'agression. La consultation de délivrance du certificat médical initial pourrait ouvrir l'accès à cette prise en charge.

Objectif : aller plus loin en matière de protection et de réponse pénale

Proposition 33 : faire évoluer les textes en vigueur

Au cours de ses travaux, la mission s'est penchée sur la protection pénale des professionnels de santé, et a questionné l'ensemble des parties prenantes sur la pertinence de renforcer la protection pénale spécifique. Le postulat de départ était que la réponse pénale en cas d'atteintes aux biens et aux personnes, lorsqu'elle est suffisamment sévère, revêt un caractère dissuasif.

En réalité, la dissuasion par le droit pénal n'est pas démontrable, car les auteurs de violences n'ont pas forcément tous conscience de la gravité de leurs actes dans l'instant. Pour être pleinement efficace, la prévention de la violence par la force de dissuasion devrait être assortie d'une campagne de communication nationale pour faire savoir au grand public les peines encourues (cf. Axe 6).

Les professionnels de santé, pour la plupart, bénéficient déjà d'une protection pénale renforcée spécifique (cf. Code pénal)²⁹. Cette protection pénale spécifique dont bénéficie une Personne Chargée d'une Mission de Service Public (PCMS), un professionnel de santé ou une Personne Exerçant une Activité de Sécurité Privée (PEASP), s'applique uniquement dans l'exercice ou du fait de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur.

²⁹ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/protection_penale_specifique_personnels_de_sante_-_conduite_a_tenir_ets_cabinet_officine_2022-11-18_v3.pdf

Du fait d'une montée de la violence chez les professionnels de santé, la tentation est grande de demander un renforcement de la réponse pénale. Nous avons bien conscience que de nombreux corps de métier réclament cette même protection spécifique et des peines plus sévères en raison de la fonction de la victime, supposée connue de la part des auteurs. Néanmoins, et de manière assez simple, la mission souhaite interroger la Chancellerie et formuler les propositions suivantes :

→ Autoriser le directeur d'un établissement public ou privé de santé à se constituer partie civile en cas de menace ou de violence commise en raison de l'appartenance des employés à cet établissement, à l'image de cette possibilité offerte aux Ordres professionnels de santé pour l'un de leurs membres.

À ce jour, un établissement de santé public ou privé ne peut se constituer partie civile que s'il a un intérêt direct. Or, légalement, une violence contre un soignant sans arrêt de travail de celui-ci ou de dégradations de biens appartenant à l'établissement ne le permet pas. Des établissements publics de santé peuvent toutefois se constituer partie civile pour les seules violences commises à leurs agents en considérant le fait que lorsque l'agent violenté est en arrêt de travail, comme l'établissement assure seul la charge financière pour un accident du travail ou une maladie professionnelle – les établissements publics de santé sont auto-assureurs -, de ce fait, il a un intérêt direct. Mais un établissement privé ne peut bénéficier de cette possibilité, puisque c'est la Sécurité sociale qui verse ces prestations. L'atteinte faite au personnel est bien en réalité une atteinte morale faite à l'établissement, lui occasionnant un réel préjudice.

La formulation pourrait être la suivante : « *L'établissement public ou privé de santé peut, devant toutes les juridictions, exercer tous les droits réservés à la partie civile relativement aux faits portant un préjudice direct ou indirect à l'intérêt collectif de l'établissement public ou privé de santé chargé d'une mission de service public, y compris en cas de menace ou de violence commise en raison de l'appartenance à l'établissement.* »

Cette possibilité serait un signal fort pour le soutien aux personnels victimes sans pour autant les désengager dans la demande de réparation de leur préjudice au niveau pénal.

→ Pour répondre à une peur des représailles évoquée par leurs professionnels, des représentants des établissements de santé ont par ailleurs suggéré d'aller plus loin et d'élargir la disposition de l'art. 433-3-1 du CP, qui permet à l'établissement de déposer plainte, à l'ensemble des faits de violences commis à l'encontre d'un professionnel. Ce soutien serait probablement vécu comme une marque forte de l'engagement des directeurs et de l'attention portée à leurs salariés. Cette proposition doit être évaluée au-delà de son impact immédiat, car elle pourrait déposséder et désengager, d'une certaine façon, la victime de son action en justice.

→ Aggraver la peine pour vol qui serait « commis dans un lieu où sont prodigués des soins ou qu'il porte sur du matériel de soins ».

Comme cela existe pour les véhicules affectés au transport collectif de voyageurs ou dans un lieu destiné à l'accès à un moyen de transport collectif de voyageurs (art. 311-4 7° du Code pénal) ou encore pour les établissements scolaires (art. 311-4 11° du Code pénal), aggraver d'une façon générale la peine pour vol commis au préjudice des établissements de santé sans plus faire de distinction sur tel ou tel type de matériel (uniquement le matériel de premier secours ou encore le matériel destiné à la vaccination).

Prendre également en considération l'aggravation lorsque le vol est commis dans le cadre de l'exercice de ville (à l'intérieur d'un cabinet, d'une officine ou à l'encontre d'un professionnel de santé en déplacement sur la voie publique, en soins à domicile). En effet, la sélection sur les vols (matériel destiné à la vaccination, matériel destiné à prodiguer des soins de premiers secours) est trop restrictive et ne tient pas compte de l'exercice dit de ville (libéral).

Par ailleurs l'article 311-4 6° qui aggrave le vol "lorsqu'il est commis dans un local d'habitation ou dans un lieu utilisé ou destiné à l'entrepôt de fonds, valeurs, marchandises ou matériels" n'englobe pas toutes les situations de vols dans les établissements et les cabinets.

Il est ainsi proposé une approche générale qui vise à englober tout type d'exercice (ville-hôpital). La formulation pourrait être la suivante : « *lorsqu'il est commis dans un lieu de soins ou qu'il porte sur du matériel de soins* ».

→ Étendre aux établissements de santé publics et privés les dispositions des art. 227-18 à 227-22 du Code pénal (mise en péril des mineurs de 15 ans : stupéfiants, alcool, corruption) qui répriment plus sévèrement ces infractions, comme lorsqu'elles sont commises dans, à l'intérieur, au cours des entrées et sorties et aux abords extérieurs d'un établissement scolaire ou éducatif. Ceci afin de protéger particulièrement les secteurs qui reçoivent des mineurs.

On pensera notamment aux mineurs se trouvant dans des établissements de santé mentale.

→ Étendre aux « lieux où sont prodigués des soins » les dispositions de l'article 222-12 11° et 13° du CP qui aggrave la répression des faits de violences de plus de 8 jours d'ITT commis dans des établissements d'enseignement ou d'éducation ou dans les locaux de l'administration, ainsi que, lors des entrées ou sorties des élèves ou du public ou dans un temps très voisin de celles-ci, aux abords de ces établissements ou locaux ; dans un moyen de transport collectif de voyageurs ou dans un lieu destiné à l'accès à un moyen de transport collectif de voyageurs.

Cela permettra d'inclure le personnel qui n'aurait pas la qualité de professionnel de santé ou de personne chargée d'une mission de service public (cas d'un cabinet libéral ou d'une officine).

→ Considérer que tout professionnel de santé est chargé d'une mission de service public. Ainsi, les professionnels de santé libéraux de l'exercice de ville bénéficieraient des diverses dispositions de protections pénales renforcées. Actuellement, ils ressentent une discrimination par rapport à leurs confrères exerçant en établissement de santé public ou privé. Tel est le cas des outrages et menaces de l'article 433-5 du Code pénal.

De fait un professionnel de santé libéral, s'il exerce aussi en établissement de santé public ou privé bénéficiera de l'outrage. En revanche, lorsqu'il exerce dans son cabinet ou son officine ou dans le cadre d'un déplacement à domicile, il n'en bénéficiera pas. Il ne peut l'être que s'il est désigné comme expert judiciaire ou accomplit sa mission d'élu ordinal. Or, les signalements remontant sur la plateforme-signalement de l'ONVS montrent que les outrages représentent 56 % des atteintes aux personnes dans le cadre de l'exercice libéral, tandis que ce chiffre descend à 39 % dans les établissements.

Accorder ce statut également aux personnels travaillant comme salariés des professionnels de santé libéraux.

→ Face à la multiplicité des violences verbales, spécialement en matière d'outrages (art. 433-5 du Code pénal), il serait intéressant de pouvoir offrir la possibilité d'un traitement simplifié, tel celui mis en œuvre par le parquet de Rouen.

L'ONVS démontre notamment dans son rapport (2022) que cette violence verbale précède la plupart du temps des atteintes aux personnes plus graves. Il convient donc de ne pas banaliser ces outrages et d'offrir la possibilité d'un traitement plus rapide en fonction des circonstances de l'événement. Les agents de la fonction publique territoriale de Rouen et, depuis juin 2021, les agents du CHU de Rouen, bénéficient de ce traitement.

→ Mieux lutter contre les infractions sexuelles, c'est permettre aux établissements privés de santé de consulter le casier judiciaire B2 pour tout recrutement, soignants ou non, comme cela se fait au niveau du secteur public, pour éviter d'embaucher des personnes avec des antécédents judiciaires en la matière (cf. affaire de l'Hôpital Américain de Neuilly : en 2018, un infirmier, déjà connu pour infraction sexuelle commise dans un établissement public de santé, a pu ensuite être embauché à l'Hôpital Américain. Il a récidivé en commettant un viol sur une patiente vulnérable. Il a été condamné en 2020 à 14 ans de réclusion criminelle pour ces faits).

Il conviendrait d'accorder cette possibilité aux instituts de formation et aux universités pour les étudiants en santé quelle que soit la filière.

→ Mieux lutter contre les infractions sexuelles, c'est aussi permettre l'accès au Fichier Judiciaire Automatisé des Auteurs d'Infraction Sexuelles ou violentes (FIJAIS) aux établissements de santé publics et privés et aux Ordres professionnels de santé directement sans passer par les ARS. Le principe de la consultation directe par les établissements est justifié, étant les seuls responsables des recrutements. Il en va de même pour les Ordres professionnels qui sont garants de la probité des professionnels libéraux en la matière.

Il pourrait être envisagé, dans un second temps, d'accorder cette possibilité également aux instituts de formation et aux universités pour les étudiants en santé, quelle que soit la filière.

Remarque 1 : La visio-plainte, expérimentée sur le ressort judiciaire des Yvelines (Cour d'appel de Versailles), pourrait être un gain de temps précieux pour les professionnels et personnels de santé et résoudre la problématique du temps d'attente ou du déplacement ou non des forces de sécurité intérieure, sauf dans les cas graves où les FSI se déplacent déjà sur site.

Remarque 2 : il conviendrait de travailler avec les Parquets, les Ordres et les établissements de santé, pour améliorer ensuite le suivi des plaintes, notamment en raison du contentieux de masse qui alourdit les procédures et augmente la charge de travail des tribunaux.

Axe 5 : Préparer les futurs professionnels

Bien que n'étant pas dans le périmètre exact de notre mission, traiter la question des étudiants, nos « professionnels de demain », nous a paru indispensable. Les stages sont des éléments déterminants pour l'attractivité et la fidélisation des professionnels et l'avenir de la santé est entre leurs mains.

Ces propositions n'ont pas vocation à être exhaustives mais font écho à un rapport (Inspection générale des affaires sociales- inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche, 2023) et un plan (Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, 2021) en cours, qui traitent spécifiquement des étudiants³⁰³¹.

Objectif : offrir un encadrement de qualité aux étudiants

Proposition 34 : former les encadrants de stages

Pour les étudiants, être confronté au milieu professionnel n'est pas toujours facile, surtout lorsque les encadrants sont loin d'être exemplaires. Depuis la rentrée universitaire 2022,³² le « praticien agréé-maître de stage » des universités, doit attester avoir suivi une formation à l'accueil, à l'encadrement et à l'évaluation d'un étudiant.

Tous les étudiants en santé doivent être encadrés par des professionnels ayant bénéficié de cette même obligation. Plus largement, tout personnel qui accueille des étudiants en stage doit avoir reçu une formation adaptée sur les violences sexistes et sexuelles.

Par ailleurs, il est indispensable de généraliser pour toutes les filières qui n'en disposeraient pas la désignation de maîtres de stage.

Proposition 35 : formaliser les engagements enseignants-étudiants-encadrants

Les chartes enseignants-étudiants-encadrants sur les lieux de stage devront systématiquement intégrer des engagements réciproques autour des notions du bien-être des étudiants en stage (bienveillance, écoute, bientraitance des pairs...).

Les livrets d'accueil des étudiants préciseront systématiquement les numéros des contacts locaux « Qualité de Vie des Étudiants et Étudiantes en Santé ».

Proposition 36 : créer des plateformes d'évaluation des lieux de stages par les étudiants pour toutes les filières des études en santé

Actuellement, seuls les étudiants des professions médicales ont la possibilité d'évaluer via des plateformes dédiées leur tuteur, leur terrain de stage.

En ce qui concernent les autres cursus d'études en santé, les évaluations sont le plus souvent connues des étudiants eux-mêmes, parfois des instituts de formation et très rarement des terrains de stage. Ces appréciations négatives se traduisent dans les faits par une perte d'attractivité du secteur, mis en lumière au moment des recrutements de professionnels.

³⁰ <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/sites/default/files/2023-05/rapport-ig-sr-2022-120-27689.pdf>

³¹ <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/sites/default/files/2022-11/plan-national-d-action-contre-les-violences-sexistes-et-sexuelles-dans-l-enseignement-sup-rieur-et-la-recherche-13730.pdf>

³² <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000044554418/>

La possibilité d'évaluer les lieux de stage doit donc être étendue à tous les parcours d'études en santé sous la forme qui convient le mieux au cursus, et être partagée par toutes les parties prenantes.

Le développement de plateformes d'évaluation anonymisée des stages accompagnera cette extension.

Proposition 37 : labelliser les terrains de stage

Une initiative est en cours de mise en œuvre à l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris (APHP) avec la création d'un label « service apprenant »³³.

Dans les mois à venir, le déploiement et l'impact de cette action seront intéressants à suivre. Ils permettront de valider le modèle et d'en proposer éventuellement une extension nationale.

Le descriptif des critères et indicateurs de ce label APHP n'est pas encore communiqué mais pour une potentielle extension nationale, ils devront intégrer des items sur la qualité de vie des étudiants et étudiantes.

Objectif : rendre dicible l'indicible

Proposition 38 : améliorer la visibilité de la CNAES et désigner au moins un référent national ou local par filière de santé

Dispositif insuffisamment connu, la Coordination Nationale d'Accompagnement des Étudiants et Étudiantes en Santé (CNAES) propose un ensemble d'outils d'écoute, d'information, de conseils, de formations au service de la qualité de vie des étudiants et étudiantes en santé.

Il s'agit de l'ancien Centre National d'Appui (CNA), mis en place en 2019 par le Ministère de la Santé et des Solidarités (MSS) et le Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation (MESRI), pour faire face à l'urgence et à la détresse des étudiants en santé, à la suite d'un rapport ministériel³⁴ sur la Qualité de Vie des Étudiants en Santé (QVES). Depuis le 16 septembre 2021, le copilotage des différentes missions du CNA est assuré par la Direction Générale de l'Enseignement Supérieur et de l'Insertion Professionnelle (DGESIP) pour le MESR et la Direction Générale de l'Organisation des Soins (DGOS) pour le Ministère de la Santé et de la Prévention (MSP).

Le dispositif est devenu CNAES sous la gouvernance conjointe des acteurs institutionnels. Elle assure la bonne circulation de l'information entre toutes les parties prenantes et conforte la nécessaire articulation des actions de proximité et l'accompagnement et le suivi assurés par les acteurs nationaux. Les missions de la CNAES s'inscrivent plus largement dans le cadre du plan national pluriannuel de lutte contre les violences sexistes et sexuelles de l'enseignement supérieur et de la recherche.

La CNAES s'appuie sur des référents nationaux et locaux volontaires, formés et garants de neutralité. Chaque étudiant doit pouvoir facilement contacter un référent quelles que soient ses difficultés. Chaque filière de santé doit pouvoir avoir accès à un référent CNAES. Les coordonnées doivent être facilement accessibles et disponibles sur un maximum de supports utilisés par les étudiants : sites internet et applications des universités, centres de formation, associations étudiantes...

³³ <https://www.aphp.fr/actualite/30-leviers-pour-agir-ensemble-le-plan-dactions-de-lap-hp-pour-les-mois-venir>

³⁴ <https://sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-du-dr-donata-marra-sur-la-qualite-de-vie-des-etudiants-en-sante>

Actuellement les travaux portés par la gouvernance de la CNAES vont dans le sens d'un renforcement de ce dispositif avec notamment en perspective : une plateforme d'écoute déléguée à une association (garantie de neutralité) et dédiée à tous les étudiant(e)s ; l'organisation de séminaires annuels des référents CNAES ; des formations de formateurs...

Une communication large sera réalisée à l'échelle nationale et locale (Universités, CHU, instituts ou écoles de formation paramédicales) pour faire connaître ce dispositif.

Proposition 39 : étendre et adapter le principe de suspension d'agrément de stages à toutes les filières des études en santé

Les externes et internes en médecine ont la possibilité d'évaluer leurs tuteurs, de suspendre leur stage ou de demander le retrait de l'agrément lorsque leurs conditions de travail ne sont pas respectées. L'agrément peut être renouvelé mais aussi suspendu ou retiré par l'université ou l'agence régionale de la santé (ARS) *"si (...) le terrain de stage ne garantit pas des conditions de travail respectant les droits et la dignité de l'étudiant ou altère sa santé physique ou mentale"*. Cette décision peut être demandée par le directeur de la formation, le maître de stage ou *"par l'étudiant ou les représentants des étudiants inscrits en premier, deuxième cycle ou troisième cycle des études de médecine"*. Dans ce cas, le stage est immédiatement interrompu et l'étudiant est réaffecté sur un autre terrain de stage.

Le retrait d'un agrément entraîne le réexamen de tous les agréments accordés au lieu de stage ou au praticien-maître de stage des universités. Néanmoins, il serait nécessaire de rappeler aux associations d'internes l'importance de signaler au plus vite aux instances concernées (hôpital, université ou ARS) lorsque des difficultés répétées remontent de leurs pairs et sont susceptibles de conduire à une demande de suspension d'agrément.

En ce qui concerne les instituts et écoles de formation paramédicale, c'est l'arrêté du 10 juin 2021³⁵ qui précise les conditions suspensives d'un lieu de stage par le directeur de l'institut ou de l'école de formation qui *"peut supprimer de la liste des terrains choisis ceux qu'il n'estime pas suffisamment qualifiants [...] selon les dispositions régissant le fonctionnement des formations visées, le conseil technique de l'institut ou de l'école de formation ou l'instance compétente pour les orientations générales de l'institut est consulté"*. La question des conditions de stage n'est pas explicitement posée par ce texte.

Malgré les difficultés actuelles concernant le nombre des terrains de stages, tous les étudiants doivent pouvoir demander la suspension d'un terrain de stage par des circuits qui restent à déterminer mais qui devront notamment s'appuyer sur les évaluations des stages par les étudiants via des plateformes sécurisées et anonymisées.

Proposition 40 : sensibiliser avant leur premier stage les étudiants au sujet des violences externes et internes

La pratique démontre que le sujet des violences en santé est peu ou mal connu des étudiants. Préoccupés par l'acquisition de leurs compétences métiers, les étudiants se trouvent totalement démunis lorsqu'une situation de violence se manifeste à leur encontre ou à l'encontre de collègues, de pairs. Pour beaucoup d'entre eux, il semble inimaginable de vivre ce type d'événement dans le milieu de la santé.

³⁵ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043646111>

Une sensibilisation de quelques heures avant leur premier stage en milieu de santé doit être instaurée dans toutes les filières des études en santé. Elle contiendra notamment : des éléments réglementaires, des exemples de situation de violence, la description des circuits de déclaration, les droits en matière pénale.

Proposition 41 : protéger les lanceurs d'alerte

Les différentes enquêtes menées par les fédérations, syndicats ou associations d'étudiants confirment que les étudiant(e)s sont victimes de harcèlement, de maltraitance ou de discriminations sur leurs lieux de stages. Les étudiant(e)s évoquent des propos ou comportements sexistes et sexuels, des brimades, des humiliations, des insultes etc... auxquels s'ajoutent des glissements de tâche et une charge de travail excessive pouvant parfois les mener vers un épuisement professionnel. Ces étudiants sont nombreux à verbaliser a posteriori et seulement après leur diplomation des faits subis pendant leur cursus d'études comme en témoignent différentes manifestations sur le sujet. Au cours de notre mission, nous avons pu prendre connaissance de nombreux témoignages, forts en émotion, lors d'une réunion sur le sujet des violences sexistes et sexuelles envers les étudiants, organisée en avril 2023 par la Fédération Nationale des Etudiants Kinésithérapeutes (FNEK), avec les représentants des Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie (IFMK), sous l'égide du Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes (CNOMK), et à laquelle nous étions invités. On peut constater que la peur ressentie lors des événements paralyse très souvent les victimes dans leurs actions.

Que ce soit en intra ou en extra hospitalier, il est essentiel de mettre en œuvre des mesures de protection de manière proactive et engagée.

Le circuit de déclaration doit garantir l'anonymat du déclarant et les lanceurs d'alerte doivent bénéficier d'une procédure de protection de leur identité pour les préserver de toutes représailles. Tout devra être mis en œuvre pour éviter au lanceur d'alerte d'être reconnu, en particulier lorsque son repérage est facile (seul stagiaire encadré sur la période...).

La création d'un groupe d'enquêteurs externes pourrait répondre à cette problématique. Elle aurait aussi pour conséquence de sortir la victime de la crainte d'un corporatisme, souvent vécu comme un élément protecteur de l'agresseur, et ainsi libérer la parole.

Axe 6 : communiquer auprès de tous les acteurs

Objectif : recréer du lien entre usagers et professionnels de santé

Proposition 42 : organiser une campagne nationale

Les professionnels de santé, en particulier ceux des professions médicales, sont régulièrement victimes d'une forme de « *médecins-bashing* ». Il est important de souligner que ces discours négatifs ne font pas que stigmatiser des professions mais sont également responsables d'une crise d'attractivité de ces métiers. En 2022, la Fédération des Syndicats Dentaires Libéraux et l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes demandaient le retrait d'une publicité dénigrante d'un comparateur en ligne montrant un cabinet vandalisé par un patient après que son dentiste lui a demandé s'il avait une bonne mutuelle. Si cet exemple est caricatural, il n'en demeure pas moins qu'il est un marqueur d'une époque où il importe de « *redonner du sens aux métiers de la santé* » (F. Braun, Ministre de la Santé, RTL, 6/01/2023).

La confiance réciproque est une condition de réussite de cette communication et elle doit se construire avec un maximum d'acteurs. Elle est fondamentale pour atteindre des objectifs ambitieux : rendre attractifs nos métiers et fidéliser les professionnels pour garantir la continuité des prises en charge et des soins de qualité sur tout le territoire.

Objectif : contribuer au développement d'une culture santé-sécurité élargie

Proposition 43 : sensibiliser les nouveaux professionnels lors de leur prise de poste

La prise de poste est un moment clé pour appréhender son environnement de travail. Les processus d'intégration et d'accompagnement des nouveaux professionnels dans une structure de santé prendront obligatoirement en compte un temps de sensibilisation à la prévention, à la gestion et la prise en charge des faits de violences externes et internes ainsi qu'aux droits dont disposent les professionnels de santé en matière pénale.

L'arrivée des internes sur un établissement fait déjà l'objet de ce temps dans de nombreux CHU. Ce temps s'inscrit dans un moment officiel durant lequel un rappel sur le comportement professionnel est systématiquement réalisé. La présence d'un représentant du CNOM donne de l'importance au discours.

Il n'est pas possible de transposer ce modèle à d'autres catégories professionnelles mais le principe doit être généralisé et adapter aux flux d'entrée et au parcours particulier de chaque corps professionnel : journées d'accueil institutionnelles, journées d'intégration dans les services, séminaire d'accueil au niveau du pôle...

Proposition 44 : disposer d'un kit ministériel de communication

De nombreux documents conçus par les établissements, les Ordres, les syndicats... sont accessibles aux professionnels et permettent de trouver une information si on sait ce que l'on cherche. Mais à ce jour, aucun site ne recense à lui seul l'ensemble des informations.

La conception d'un kit de communication réalisé par le ministère permettrait d'homogénéiser les informations et d'assurer leur exhaustivité.

Des capsules pédagogiques, des podcasts déclinés par type de risque pourraient être conçus. Des vidéos mettant en scène des situations de violences internes et externes, comme par exemple celles proposées

par le Comité Vie Professionnelle et Santé au Travail de la Société Française d'Anesthésie Réanimation, pourraient également être intégrées à ce kit.

Conclusion

Cette concertation intervient dans un contexte particulièrement sensible, où les manifestations de la violence se généralisent et investissent tous les domaines qui ont trait à l'humain.

Les difficultés du système de santé, qui ne sont malheureusement pas nouvelles, potentialisent et acutisent aujourd'hui la problématique des violences en santé : insultes, outrages, « petites menaces », dégradations, destructions, vols ou, plus grave, agressions physiques avec ou sans arme, menaces de mort, crimes... Les auditions et l'analyse des différents rapports sur les violences ont bien mis en évidence que ces violences pouvaient venir des patients, de leur entourage, mais aussi des professionnels de santé eux-mêmes, parfois entre pairs, et malheureusement aussi parfois, lorsque la pression se fait trop forte, envers les patients en devenant eux-mêmes maltraitants. Nous avons pu également mieux cerner les ressorts de la violence. Tout ce qui crée les conditions de sa survenue en milieu de santé. Ses déterminants sont nombreux, et nous voyons bien qu'il est possible d'agir sur bon nombre, pour peu que les professionnels y soient sensibilisés et préparés.

La question des étudiants est apparue plus qu'embarrassante, tant ces jeunes professionnels en devenir y sont confrontés. D'abord ils vivent les premières violences durant leur cursus, sans forcément y être préparés, mais ils subissent également de la violence entre pairs ou par leurs encadrants, formateurs, professeurs... Notamment la question des violences sexuelles et sexistes, malheureusement encore très fréquentes dans le monde de la santé.

Cette mission n'a pas abordé au cours de son travail la question de la « violence psychologique », intrinsèque aux métiers du « prendre soin » (ce que les anglo-saxons nomment le « care », qui se différencie du « cure »). Ce sujet sort un peu du cadre de ce travail, mais il est néanmoins tout à fait central dans la pratique quotidienne des soignants, qui sont amenés à faire face à des situations particulièrement éprouvantes humainement, et parfois violentes sur le plan psychologique : accompagnement de la fin de vie, confrontation à la mort, questions et dilemmes éthiques, ou encore suicides et graves automutilations de patients. Il existe heureusement des accompagnements possibles et des lieux de supervision pour que les soignants en difficulté puissent être aidés. Ces acteurs ressources doivent être connus de l'ensemble des professionnels de santé.

Nous avons essayé de répertorier les axes d'amélioration, sur le champ de la prévention, de l'accompagnement, ou encore de la formation des professionnels. La question pénale a été traitée. Nous avons recueilli les bonnes pratiques sur le terrain, à la manière d'une boîte à idées... Bien sûr le risque zéro n'existe pas, et nous ne prétendons pas parvenir, par ces seules mesures, à réduire à néant ce risque de violences. Mais nous pouvons tendre vers cet objectif et au travers de ces travaux, faire passer le message, à la fois au grand public mais aussi aux professionnels eux-mêmes, qu'il ne faut plus accepter ou tolérer aucun comportement violent à l'égard d'un soignant. Car rien ne justifie la violence, encore moins envers ceux qui prennent soin de leurs contemporains.

Annexes

Annexe 1 : remerciements et auditions

Remerciements

À l'ensemble des personnes et organisations auditionnées, ainsi qu'à tous ceux ayant contribué directement ou indirectement à cette mission, ainsi qu'à :

- Madame Agnès FIRMIN LE BODO, Ministre Déléguée auprès du Ministre de la Santé et de la Prévention, en charge de l'Organisation Territoriale et des Professions de Santé.
Merci pour la confiance accordée en nous confiant la responsabilité de cette mission.
- Monsieur le Dr Guillaume CASSOURRET, Assistant de Santé Publique, Administrateur de la Santé Stagiaire.
- Monsieur Thibaut CHAIX, Conseiller, Ministère chargé de l'Organisation Territoriale et des Professions de Santé.
- Madame Laëtitia DE LA MAISONNEUVE, Cheffe de Cabinet, Ministère chargé de l'Organisation Territoriale et des Professions de Santé.
- Madame Isabelle EPAILLARD, Directrice de Cabinet, Ministère chargé de l'Organisation Territoriale et des Professions de Santé.
- Madame Angèle MALÂTRE-LANSAC, Conseillère, Ministère chargé de l'Organisation Territoriale et des Professions de Santé.

Que chacune et chacun soit remercié pour l'aide apportée et le soutien sans faille, tout au long de ce travail. Merci également aux secrétariats et personnels du Cabinet de la Ministre, pour leur appui logistique notamment.

- Monsieur le Commissaire général de police Vincent TERRENOIR, détaché auprès de la directrice générale de l'offre de soins, délégué à la Sécurité Générale et en charge de l'ONVS.
Merci pour l'aide précieuse apportée lors des auditions, et l'éclairage technique, notamment sur les questions de sécurité et de justice.

Auditions

(dans l'ordre alphabétique)

- ACSES (Association des Chargés de Sécurité des Établissements de Soins), Mme Agnès OBERLIN, Présidente et chargée de sécurité au CH de Troyes.
- AFASH (Association Française des Ambulanciers SMUR et Hospitaliers, M. Olivier RIO, Vice-Président, SAMU 83.
- AFDS (Association Française des Directeurs de Soins) : Mme Barbara ROBERT, Vice-Présidente – Mme Marie-Paule SAULI, Secrétaire.
- ANEPF (Association Nationale des Étudiants en Pharmacie de France), M. Maxime DELANNOY, Président.
- ANESF (Association Nationale des Étudiants Sages-Femmes), Mme Roxane LANDAIS HAUSER – Présidente, Mme Loona MOURENAS – Porte-parole.
- ANMTEPH (Association Nationale de Médecine du Travail et d'Ergonomie du Personnel des Hôpitaux) : Mme le Dr Alice ALVAREZ, Présidente et Mme le Dr Sophie MICZEK.
- ANRQPsy (Association Nationale des Responsables Qualité en Psychiatrie) : M. Laurent BEAUMONT, Président.
- APSIGHE (Association pour la Promotion de la Sécurité en Immeuble de Grande Hauteur et Etablissements Recevant du Public) : M. Rodolphe TEMPLE, Président.
- Mme Marie-Laure AUTARD, Directrice de la Sécurité et des Situations Sanitaires Exceptionnelles (SSE) au CHU de Rouen.
- M. Christophe BALTUS, Directeur des sites de la Milétrie et de Loudun, CHU de Poitiers.
- Mme Dominique BROGI, PDG Domie Digital / MonSherif, Avignon.
- M. Piero CHERICI, Directeur de la Politique Générale du CH Le Vinatier à Lyon.
- CNAES (Coordination Nationale des Étudiants et Étudiantes en Santé) : Mme Laurence LEFEVRE, Sous-Direction de la réussite et de la vie étudiante (DGESIP) – M. Marc REYNIER et M. Philippe CHARPENTIER, Sous-Direction des Ressources Humaines du Système de Santé (DGOS).
- CNOCD (Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes) : M. le Dr Philippe POMMAREDE, Président – Mme le Dr Geneviève WAGNER, Vice-Présidente Affaires Juridiques et Présidente Commission Exercice et Déontologie – Mme Stéphanie FERRAND, Juriste.
- CNOI (Conseil National de l'Ordre des Infirmiers) : M. Patrick CHAMBOREDON, Président.
- CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins) : M. le Dr Jean-Jacques AVRANE, Délégué Observatoire Sécurité des Médecins – Mme le Dr Marie-Pierre GLAVIANO-CECCALDI, Vice-Présidente.
- CNOMK (Conseil National de l'Ordre des Masseurs Kinésithérapeutes), Mme Pascale MATHIEU, Présidente - M. Jean-François DUMAS, Secrétaire Général.
- CNOP (Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens) : M. le Dr Alain MARCILLAC, Référent National de Sécurité.
- CNOPP (Conseil National des Pédicures Podologues) : M. Guillaume BROUARD, Secrétaire Général – Mme Brigitte TARKOWSKI-BARBOT, Déléguée aux Affaires Juridiques.
- CNOSF (Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes), Mme Sandrine BRAME, Vice-Présidente.
- Collégiale des Urgence AP-HP : Mme le Dr Hélène GOULET, Présidente - Mme Nabila TAIBI, Vice-Présidente par intérim de la Collégiale paramédicale.
- Commission Nationale de la Psychiatrie : M. le Dr Radoine HAOUI et M. le Dr Michel TRIANTAFYLLOU, Psychiatres.

- CNS (Conférence Nationale de Santé) : M. le Pr Emmanuel RUSCH, Président – M. Pascal MELIHAN-CHEININ, Secrétaire Général - M. Lionel PAILHE, Directeur d'Hôpital – M. Sidi-Mohammed GHADI, représentant des usagers – M. Quentin BOISSIER, DRH adjoint Unicancer.
- Conférence Nationale des Directeurs Généraux de CHU : M. Alexandre FOURNIER, Secrétaire Général – Mme Laëtitia MIRJOL – Mme Véronique DESJARDINS – M. Bastien PILOIX.
- CNDHC (Conférence Nationale des Directeurs de Centres Hospitaliers) : Mme Cécile WAHEO, Secrétaire Générale.
- Conférence Nationale des Présidents de Commission Médicale d'Établissement (PCME) de Centres Hospitaliers : M. le Dr Alain FUSEAU, Secrétaire Général.
- Conférence des Présidents de CME de CHU : M. le Dr Jean-Marc CHABANNES, Vice-Président, Psychiatre.
- M. Dominique COTELLE, Responsable Sécurité Incendie et Sûreté du CHR d'Orléans.
- Mme le Dr Nathalie DELPHIN, Présidente du Syndicat des Femmes Chirurgiens-Dentistes.
- EHESP (École des Hautes Études de Santé Publique – Rennes) : Mme Isabelle RICHARD-CREMIEUX, Directrice.
- FEHAP (Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne) : Mme Sarah BEKHADA, Directrice Adjointe de l'Offre de Soins – M. Arnaud JOAN-GRANGE, Directeur de l'Offre de Soins.
- FHF (Fédération Hospitalière de France), Pôle Ressources Humaines Hospitalières, Mme Sophie MARCHANDET, Responsable - M. Quentin HENAFF, Adjoint).
- FHP (Fédération de l'Hospitalisation Privée) : Mme Christine SCHIBLER, Déléguée Générale.
- FNAAS (Fédération Nationale des Associations d'Aides-Soignants) : M. Guillaume GONTARD, Président.
- FNCS (Fédération Nationale des Centres de Santé) : Mme le Dr Hélène COLOMBANI, Présidente – M. le Dr Frédéric VILLEBRUN, Administrateur et Président de L'Union Syndicale des Médecins de Centres de Santé – Mme Sabrina TANQUERAY, Directrice.
- FNEK (Fédération Nationale des Étudiants en Kinésithérapie), Mme Mathilde ROUSSEAU, Vice-présidente.
- FNESI (Fédération Nationale des Étudiant.e.s en Sciences Infirmières), Mme Manon MOREL, Présidente.
- FNSIP-BM (Fédération Nationale des Syndicats des Internes en Pharmacie et Biologie Médicale), Mme Florence GUILLOTIN, Co-présidente biologie médicale.
- Fondation Santé-Service : Mme Sylvaine MATHIEU, Adjointe et Directrice des Soins HAD – M. Christian LAFFERIERE, Responsable des Relations Sociales / DRH.
- Mme Marie GHIS MALFILATRE, Sociologue post-doctorante (PhD).
- M. le Dr Dominique GROUILLE, CHU de Limoges, Concepteur d'une Formation Pratique de Gestion de la Violence destinée aux Professionnels de Santé et Socio-éducatifs (méthode Grouille-Smolis).
- M. David GUILLET, Président de la Fédération des CPTS.
- Hospices Civiles de Lyon : M. Philippe PIN, Directeur Général Adjoint, responsable du département des ressources matérielles – M. Éric TABOURET, Directeur de la Sécurité des Hospices Civiles de Lyon (HCL) Mme Marie MONTERO, Direction des Affaires Juridiques – Mme Léa GUIVARCH', Formation des personnels non médicaux – Mme Carole FERRAND, Conseillère Conditions de travail.
- ISNI (Intersyndicale Nationale des Internes), Mme Olivia FRAIGNEAU, Présidente.

- Mme Michèle JARRAYA, Directrice Centre de Formation et du Développement des Compétences à l'AP-HP.
- Ministère de la Justice / Direction des Affaires Criminelles et des Grâces (DACG) : Mme Cécile GRESSIER, Sous-Directrice de la Justice Pénale Générale.
- Ministère de l'Intérieur : M. Nicolas GARIEL, Chargé de Mission auprès du Colonel François-Xavier LESUEUR, Conseiller Gendarmerie – M. Christophe SOULLEZ, Chargé de Mission à l'Inspection Générale de la Police Nationale – Commandant Wilfried LABBE, Direction Générale de la Gendarmerie Nationale – Délégation Ministérielle aux Partenariats, aux Stratégies et Innovations de Sécurité (DPSIS).
- M. Matthieu NAVARRO, Responsable Sûreté et Sécurité du CH de Cannes.
- Maître Raphaël NISAND, Avocat.
- M. Gérard RAYMOND, Président de France Assos Santé, représentant des usagers.
- Mme Déborah RIDEL, Sociologue à l'EHESP de Rennes.
- M. le Pr Bruno RIOU, Président Conférence des Doyens d'Île-de-France.
- SNPHARE (Syndicat National des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes-Réanimateurs Élargi) : M. le Dr Anouar BEN HELLAL, Secrétaire Général Adjoint.
- UNECD (Union Nationale des Étudiants en Chirurgie Dentaire), Mme Laura DELGADO, Vice-Présidente en charge des Affaires Sociales.
- URPS (Union régionale des professionnels de santé) d'Île-de-France : Mme le Dr Valérie BRIOLE, Présidente – Dr Mardoche SEBBAG, Vice-Président – Mme le Dr Nathalie REGENSBERG DE ANDREIS, Secrétaire Générale adjointe – M. Yvan TOURJANSKY, URPS Kiné – M. Alexandre GRENIER, Directeur.

Annexe 2 : liste des abréviations, sigles ou acronymes utilisés

ALD :	Affection Longue Durée
ANFH :	Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier
APHP :	Assistance Publique Hôpitaux de Paris
ARS :	Agence Régionale de Santé
CLIO :	Comité de Liaison des Institutions Ordinales
CME :	Commission Médicale d'Etablissement
CDOM :	Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CLSPD :	Conseil Local de Sécurité et de Prévention de la Délinquance
CN2R :	Centre national de ressources et de résilience
CNA :	Centre National d'Appui
CNAES :	Coordination Nationale d'Accompagnement des Etudiants et Etudiantes en Santé
CNOCD :	Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes
CNOI :	Conseil National de l'Ordre Infirmier
CNOM :	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CNOMK :	Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes
CNOP :	Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens
CNOPP :	Conseil National de l'Ordre des Pédicures-Podologues
CNOSF :	Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes
CP :	Code Pénal
CPP :	Code de Procédure Pénale
CPTS :	Communauté Pluri professionnelle Territoriale de Santé
CSI :	Code de la Sécurité Intérieure
CSP :	Code de la Santé Publique
DAC :	Dispositifs d'Appui à la Coordination
DACG :	Direction des Affaires Criminelles et des Grâces
DATI :	Dispositif d'Alerte du Travailleur Isolé
DDSP :	Direction Départementale de la Sécurité Publique
DGESIP :	Direction Générale de l'Enseignement Supérieur et de l'Insertion Professionnelle
DGOS :	Direction Générale de l'Offre de Soins
DHOS :	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DLPAJ :	Direction des Libertés Publiques et des Affaires Juridiques
EHESP :	Ecole des Hautes Etudes de Santé Publique
EHPAD :	Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EPSM :	Etablissement Public de Santé Mentale
ESMS :	Etablissements et Services Médico-Sociaux
ESPIC :	Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif
FIJAIS :	Fichier Judiciaire Automatisé des Auteurs d'Infraction Sexuelles ou violentes
FIR :	Fonds d'Intervention Régional
FMIS :	Fonds pour la Modernisation et l'Investissement en Santé
FNEK :	Fédération Nationale des Etudiants Kinésithérapeutes
GCS :	Groupement de Coopération Sanitaire
HAD :	Hospitalisation à Domicile
IAO :	Infirmière d'Accueil et d'Orientation
IDE :	Infirmière Diplômée d'État

IDEL :	Infirmière DE Libérale
IFMK :	Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie
INSEE :	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IPA :	Infirmière en Pratique Avancée
JLD :	Juge des Libertés et de la Détention
MAS :	Maison d'Accueil Spécialisée
MESRI :	Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation
MKDE :	Masseur-Kinésithérapeute Diplômé d'Etat
MMG :	Maisons Médicale de Garde
MSP :	Maison de Santé Pluri professionnelle
MSS :	Ministère de la Santé et des Solidarités
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONVH :	Observatoire National de Violences en milieu Hospitalier
ONVS :	Observatoire National des Violences en Santé
PCMSP :	Personne Chargée d'une Mission de Service Public
PEASP :	Personne Exerçant une Activité de Sécurité Privée
PSE :	Plan de Sécurisation des Etablissements de Santé
QVCT :	Qualité de Vie et Conditions de Travail
QVES :	Qualité de Vie des Étudiants en Santé
RNCP :	Répertoire National des Certifications Professionnelles
RPS :	Risques Psycho-Sociaux
SAS :	Service d'Accès aux Soins
SAU :	Service d'Accueil des Urgences
SMUR :	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SNIFMK :	Syndicat National des Instituts de Formation en Masso-Kinésithérapie
SNP :	Soins Non Programmés
SSI :	Service de Sécurité Incendie
SSR :	Soins de Suites et Réadaptation
SST :	Sécurité et Santé au Travail
USC :	Unité de Surveillance Continue
URPS :	Union Régionale des Professionnels de Santé
USLD :	Unité de Soins de Longue Durée

Annexe 3 : questionnaire

Concertation des parties prenantes « Lutter contre les violences faites aux soignants »

Questionnaire visant à recueillir les propositions
des acteurs de la santé et de la sécurité des professionnels de santé

1) Introduction

La ministre Agnès FIRMIN LE BODO a confié une mission à Nathalie NION et au docteur Jean-Christophe MASSERON, sur le thème de la sécurité des soignants et des violences qu'ils subissent. Co-construire avec les soignants favorisera l'adhésion aux solutions retenues, une fois mises en œuvre, par le plus grand nombre. C'est pourquoi votre participation à cette concertation est si importante.

- **Pouvez-vous nous indiquer ce que fait votre institution sur le sujet et si des actions spécifiques ont déjà été engagées ?**

2) Spécificités de l'exercice libéral

L'exercice en dehors des établissements, que l'on parle des professionnels libéraux ou de la HAD par exemple, est le plus souvent isolé et dans un environnement non connu du professionnel, ce qui peut les exposer davantage.

- **Identifiez-vous des solutions spécifiques à l'exercice « hors établissement », notamment adaptées aux particularités de l'exercice libéral, pour faire face aux violences ?**

3) Inciter au signalement et mieux connaître le phénomène

Signaler les violences représente la première étape pour assurer la reconnaissance des faits. Ces déclarations permettent également de mieux comprendre les violences et donc de mieux y répondre.

- **Comment mieux inciter au signalement, et ainsi objectiver les données relatives aux violences ?**
- **Connaissez-vous l'ONVS et comment s'assurer d'une meilleure utilisation de cet outil ?**

4) Prévenir les violences

La meilleure manière de lutter contre les violences que subissent les soignants est de faire en sorte qu'elles ne se produisent pas et de limiter leur portée. La formation des professionnels de santé aux situations de tension, l'organisation des espaces d'accueil, les parcours de soins sont autant de leviers pouvant être mobilisés.

- **Comment former plus efficacement les professionnels à prévenir la violence et à y faire face ? Formation initiale ou continue ? Professionnels prioritaires ? Connaissez-vous des formations particulièrement appropriées ?**

- **Quels leviers actionner pour améliorer la sûreté bâtiminaire des établissements de santé et des structures d'exercice coordonné ?**
- **Les violences entre soignants constituent également une réalité, quelles réponses proposez-vous d'y apporter ?**
- **Quelles propositions feriez-vous pour mieux lutter contre les violences sexistes et sexuelles, y compris pendant la formation des professionnels de santé ?**

5) Protéger et accompagner les victimes

Nous devons aux soignants un engagement total pour les protéger, et cela implique de s'appuyer sur tous les partenaires de la sécurité des soignants : forces de sécurité intérieure, représentants de la justice, agents de sécurité privée et bien sûr professionnels de santé.

- **Les conventions « santé-sécurité-justice » reposent sur un modèle type datant de 2010 : comment moderniser cet outil ? Comment mieux les adapter à l'exercice libéral ?**
- **Faut-il repenser l'ingénierie des métiers de la sûreté et de la sécurité incendie dans les établissements ? Quelle place pour la sécurité privée à l'hôpital comme en ville ?**
- **Quelles propositions formulez-vous pour assurer un meilleur accompagnement des victimes et des témoins, au moment des faits et dans le temps ?**
- **Le régime de protection pénale des professionnels de santé vous semble-t-il adapté ? Faut-il le renforcer ?**

6) Éléments complémentaires

- **Identifiez-vous des bonnes pratiques ou des exemples pertinents que vous souhaiteriez porter à notre connaissance ? Souhaitez-vous mentionner d'autres éléments ?**

Annexe 4 : échelle de gravité des signalements de l'ONVS

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

Annexe 5 : protection pénale actuelle des professionnels de santé



MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE LA PRÉVENTION

Liberté
Égalité
Fraternité

Direction générale
de l'offre de soins

Vincent Terrenoir
Commissaire général de police
Délégué pour la sécurité générale
0140567140 - 0762772334
vincent.terrenoir@sante.gouv.fr
(V3 2022.11.18)

PROTECTION PÉNALE SPÉCIFIQUE DES PERSONNELS DE SANTÉ*

*Professionnels de santé et autres personnels

exerçant en établissement (public ou privé), en ville (libéral)

ou dans le cadre d'une mission de service public

● En cas d'urgence composer le 17 (ou le 112)

- Troubles à l'ordre public au sein de l'établissement, du cabinet, de l'officine ;
- Infraction pénale (violences verbales, violences physiques, dégradations, etc.).

● Les infractions d'atteintes aux personnes et aux biens

À noter • Il est rappelé l'importance de mettre en place une « convention santé-sécurité-justice » permettant de nouer avec les divers partenaires institutionnels locaux des contacts étroits et réguliers concernant toutes les problématiques de sécurisation et de protection des personnes et des biens prévoyant notamment : modalités d'intervention des forces de sécurité intérieure en cas d'urgence ou non, conduites à tenir, conseils des « référents-sûreté », rdv pour dépôt de plainte, etc.

Modèles de convention sur : solidarites-sante.gouv.fr/dgos-onvs-documentation-pratique

- Il convient de déclarer toutes ces atteintes à l'ONVS solidarites-sante.gouv.fr/dgos-onvs

1- LES ATTEINTES AUX PERSONNES

- Insulte et outrage, geste, menace ([art. 433-5 du CP](#))

Paroles, gestes ou menaces, écrits ou images de toute nature non rendus publics ou l'envoi d'objets quelconques adressés à une personne chargée d'une mission de service public [PCMSp], dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de sa mission, et de nature à porter atteinte à sa dignité ou au respect dû à la fonction dont elle est investie.

Pas de peine de prison – 7 500 € d'amende. Si en réunion : 6 mois d'emprisonnement – 15 000 € d'amende

Cet article ne s'applique pas à un professionnel de santé exerçant en libéral (exercice de ville) sauf s'il est chargé d'une mission de service public (ex : être désigné comme expert pour la justice ; agir en tant qu' élu de son ordre professionnel de santé)

- Menace physique ([art. 433-3 al. 2 du CP](#))

- Menace de commettre un crime ou un délit contre les personnes ou les biens proférée à l'encontre [...] de toute autre personne chargée d'une mission de service public [PCMSp], d'un professionnel de santé, dans l'exercice de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur.

- Idem pour une personne exerçant une activité de sécurité privée [PEASP] mentionnée aux art. L. 611-1 ou L. 621-1 du code de la sécurité intérieure. ([art. 433-3 al. 3 CP](#)) (Loi 25.11.2021). *Cas concernant des établissements qui utilisent les services de ces personnes*
3 ans d'emprisonnement – 45 000 € d'amende

- Menace de mort ([art. 433-3 al. 5 du CP](#))

Menace de mort ou d'atteinte aux biens dangereuse pour les personnes :

5 ans – 75 000 € d'amende

À noter • Pas besoin de réitération ou de matérialisation de la menace physique ou de la menace de mort comme cela est exigé pour un particulier : *l'expression d'une seule menace suffit.*

- Cette protection vis-à-vis des menaces contre une PCMSp, un professionnel de santé ou une PEASP bénéficie également au conjoint, aux ascendants ou aux descendants en ligne directe ou sur toute autre personne vivant habituellement au domicile de la personne chargée d'une mission de service public ou du professionnel de santé ([art. 433-3 al. 4 du CP](#))

- Menaces, violences, acte d'intimidation (pour modifier les règles de fonctionnement d'un service) ([art. 433-3-1 du CP](#))

Menaces, violences, acte d'intimidation à l'égard de toute personne participant à l'exécution d'une mission de service public, afin d'obtenir pour soi-même ou pour autrui une exemption totale ou partielle ou une application différenciée des règles qui régissent le fonctionnement dudit service.

5 ans – 75 000 € d'amende

À noter • (Article créé par la loi du 24 août 2021 - Respect des principes de la République). L'alinéa 2 dispose que « Lorsqu'il a connaissance de faits susceptibles de constituer l'infraction prévue au premier alinéa, le représentant de l'administration ou de la personne de droit public ou de droit privé à laquelle a été confiée la mission de service public dépose plainte. »

Cet article s'applique à un professionnel de santé exerçant dans un établissement mais pas en libéral (exercice de ville)

- Violences physiques ([art. 222-13 al. 4° bis A, 4°bis, 4° ter du CP](#))

Violences ayant entraîné une **incapacité totale de travail [ITT] inférieure ou égale à huit jours** ou n'ayant entraîné aucune incapacité de travail commise :

Sur [...] toute **personne chargée d'une mission de service public**, un **professionnel de santé**, une **PEASP** (*Loi 25.11.2021*), dans l'exercice ou du fait de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur.

Sur le conjoint, les ascendants ou les descendants en ligne directe ou sur toute autre personne vivant habituellement au domicile des personnes [*du paragraphe ci-dessus*], en raison des fonctions exercées par ces dernières.

3 ans d'emprisonnement – 45 000 € d'amende

À noter. Ici encore, le quantum des peines est systématiquement aggravé par rapport à un particulier en raison de la qualité de PCMSP, de professionnel de santé ou de PEASP (ou le fait d'être conjoint, de la famille ou de vivre habituellement au domicile). La violence physique est donc a minima délictuelle (même sans ITT ou ITT inférieure ou égale à huit jours) et jamais contraventionnelle. Pas de main courante.

• Autres incriminations utiles mais non spécifiques aux personnels de santé

- Injures et diffamations publiques (presse ou tout autre moyen de communication) ([art. 32 et 33 loi de 1881 Liberté de la presse](#))
- Appels malveillants réitérés (téléphone, sms, courriel), agressions sonores ([art. 226-16 du CP](#))
- Harcèlement (causant dégradation conditions de vie avec altération santé physique ou mentale. Peine aggravée si fait au moyen d'un service de communication au public en ligne, support numérique ou électronique) ([art. 222-33-2-2 du CP](#))

Prendre conseil auprès des forces de sécurité intérieure ou du parquet

2- LES ATTEINTES AUX BIENS

- Menace d'atteinte aux biens et menace d'atteinte aux biens dangereuses pour les personnes

Se reporter page 1 : menace physique ([art. 433-3 al. 2 du CP](#)) et menace de mort ([art. 433-3 al. 5 du CP](#))

- Destruction, dégradation, détérioration ([art. 322-3 3°, 3°bis, 8°, 9°, 10° du CP](#))

Destruction, dégradation ou détérioration d'un bien destiné à l'utilité ou à la décoration publique et qui appartient à une personne publique ou une personne chargée d'une mission de service public.

5 ans d'emprisonnement – 75 000 € d'amende

Autres circonstances possibles et cumulables :

- Idem si commise au préjudice [...] de toute autre personne [...] chargée d'une mission de service public, en vue d'influencer son comportement dans l'exercice de ses fonctions ou de sa mission.
- Idem si commise au préjudice du conjoint, aux ascendants ou descendants en ligne directe ou sur toute autre personne vivant habituellement au domicile des personnes mentionnées [ci-dessus] en raison des fonctions ou de la qualité de ces personnes.
- Idem lorsque qu'elle porte sur du matériel destiné à prodiguer des soins de premiers secours (*Loi 5.8.2021*).
- Idem lorsque le bien détruit, dégradé ou détérioré est destiné à la vaccination (*Loi 5.8.2021*).

- Inscriptions, traces, signes, dessins sans autorisation ([art. 322-3 3°, 3°bis, 8°, 9°, 10° du CP](#))

Tracer des inscriptions, des signes ou des dessins, sans autorisation préalable, sur les façades, les véhicules, les voies publiques ou le mobilier urbain appartenant à une personne publique ou une personne chargée d'une mission de service public.

Peine de travail d'intérêt général – 15 000 € d'amende

- Vol ([art. 311-4 5° du CP](#))

Aggravation s'il porte sur du matériel destiné à prodiguer des soins de premiers secours. 5 ans – 75 000 € d'amende

D'autres circonstances aggravantes possibles (non spécifiques mission de santé) ex : Vol commis dans un local d'habitation ou dans un lieu utilisé ou destiné à l'entrepôt de fonds, valeurs, marchandises ([art. 311-4 6° du CP](#)) - Vol précédé, accompagné ou suivi de destruction, dégradation et détérioration. ([art. 311-4 8° du CP](#)).

REMARQUES GÉNÉRALES

- Le dépôt de plainte se fait dans un commissariat, une gendarmerie ou par lettre au procureur de la République ([v. service-public.fr](#))
- La victime, en raison de sa profession, peut se faire domicilier à son adresse professionnelle ([art. 706-57 du CPP](#))
- La pré-plainte en ligne est possible pour certaines infractions d'atteinte aux biens avec auteur inconnu ([v. site ministère intérieur](#))
- La protection pénale spécifique dont bénéficie une PCMSP, un professionnel de santé ou une PEASP s'applique uniquement dans l'exercice ou du fait de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur.
- Il est conseillé de déposer plainte au plus vite. Pour les insultes, outrages, menaces verbales, le témoignage d'une ou plusieurs personnes est un élément utile à l'enquête (*rapporter avec précision les mots aux enquêteurs*). La victime peut se constituer partie civile (demande de dommages-intérêts) lors du dépôt de plainte jusqu'au jour de l'audience.
- La preuve de l'infraction peut être apportée par tout moyen ([art. 427 du CPP](#)) (dont vidéo et audio).
- Un établissement ne peut déposer plainte et/ou se constituer partie civile que s'il a un intérêt direct. Il ne peut pas déposer plainte à la place de la victime (*cas particulier de l'art. 433-3-1 al. 2 du CP. Voir page 1*). Il peut faire un signalement au parquet ([art. 40 al. 2 du CP](#)).
- Un ordre professionnel de santé peut se constituer partie civile. Si un professionnel de santé est victime et qu'il est membre de l'un des sept ordres professionnels de santé, quel que soit son mode d'exercice, son ordre peut exercer tous les droits réservés à la partie civile relativement aux faits portant un préjudice direct ou indirect à l'intérêt collectif de sa profession, y compris en cas de menaces ou de violences commises en raison de l'appartenance à l'une de ces professions. ([art. L 4122-1 du CSP - art. L 4233-1 du CSP - art. L 4312-5 du CSP - art. L 4321-16 du CSP - art. L 4322-9 du CSP](#)).
- La protection fonctionnelle est mise en œuvre par la collectivité publique au profit des agents publics victimes (atteinte à l'intégrité physique, menace, harcèlement, etc.) [Art. L 134-1 à L 134-8 du code général de la fonction publique](#). L'agent la demande par écrit. Pour les personnels de direction d'un EPS, elle est mise en œuvre par le directeur général de l'ARS ([art. L 6143-7-1 du CSP](#)).

Annexe 6 : lettres de mission



**MINISTÈRE
CHARGÉ DE L'ORGANISATION
TERRITORIALE ET DES
PROFESSIONS DE SANTÉ**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

La Ministre

Paris, le 30 janvier 2023

Docteur,

Alors que le gouvernement s'est engagé dans la refondation du système de santé, les conditions d'exercice des professionnels de santé constituent une préoccupation majeure pour le ministère délégué auprès du ministère de la Santé et de la Prévention, chargé de l'Organisation Territoriale et des Professions de Santé. Les derniers mois ont été marqués par les travaux du Conseil national de la refondation en santé (CNR) qui s'est déployé sur tout le territoire national, afin que les acteurs de la santé, professionnels mais également élus ou usagers du système, contribuent à construire ensemble les solutions aux défis qui nous font face. Parmi les thèmes abordés dans les ateliers du CNR, l'attractivité des métiers de la santé et la santé des soignants ont très largement occupé les participants. La question des violences commises à l'encontre des professionnels de santé se trouve à l'intersection de ces deux enjeux : celles-ci dégradent l'image comme les conditions d'exercice de la profession et pèsent très lourdement sur l'état de santé physique comme psychique des soignants.

La sécurité des soignants est une question d'autant plus centrale que les menaces, violences verbales ou agressions physiques ne constituent pas un phénomène marginal, bien au contraire : 37% des professionnels de santé hospitaliers disent subir souvent des agressions physiques ; ce chiffre montant à 84% pour les seuls aides-soignants selon les chiffres du baromètre MNH-Odoxa 2022. L'Observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS) a recensé 19 328 signalements d'atteintes aux personnes ou aux biens en 2021 et 34 550 professionnels victimes de ces violences. Si elles ont gagné le quotidien des soignants, ces agressions sont inacceptables, c'est pourquoi nous devons collectivement mettre en œuvre tous les dispositifs qui permettront de prévenir ces violences et d'accompagner les victimes.

Alors que le signalement des violences dont sont victimes les professionnels reste encore incomplet et que les dispositifs existants sont insuffisamment utilisés, il apparaît essentiel de s'appuyer sur les professionnels de santé et sur l'ensemble des parties prenantes de la sécurité des soignants pour penser des mesures efficaces qui correspondent aux attentes et aux contraintes de leur quotidien. En effet, l'appropriation des mesures par les acteurs de la

Tél : 01 40 56 80 00
14 avenue Duquesne - 75350 PARIS 07 SP

Le traitement de vos données est nécessaire à la gestion de votre demande et entre dans le cadre des missions confiées aux ministères sociaux.
Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD), vous pouvez exercer vos droits à l'adresse dgc-rsbd-sab@dgc-social.gouv.fr ou par voie postale.
Pour en savoir plus : <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/article/donnees-personnelles-et-cookies>

santé est un enjeu phare tandis qu'il convient de les préserver au mieux de charges administratives nouvelles. Co-construire avec les soignants favorisera l'adhésion aux solutions retenues, une fois mises en œuvre, par le plus grand nombre.

C'est la raison pour laquelle je souhaite vous confier le soin de mener une consultation large auprès des parties prenantes de la sécurité des soignants visant à l'élaboration de mesures nouvelles pour lutter contre les violences à l'encontre des professionnels de santé. En parallèle de votre mission, je saisirai la Conférence nationale de santé pour travailler également à des propositions. Véritable instance de démocratie sanitaire, le CNS permettra d'élargir encore la base des acteurs consultés sur le thème de la sécurité des soignants (représentant des usagers, organisations syndicales...), sans interférer avec la consultation que vous mènerez. Ces travaux sont destinés à enrichir une stratégie d'action que nous présenterons en juin et que nous nous efforcerons de déployer de façon systématique avec l'ensemble des acteurs.

Vous veillerez notamment à associer les professionnels de santé et les acteurs de la sécurité à cette consultation dont les représentants des ordres, des établissements publics et privés, des ARS, des étudiants, des forces de l'ordre, de la justice, des métiers de la sûreté et de la sécurité incendie, ainsi que toutes les personnes dont vous jugerez l'expertise utile à la progression de vos travaux.

Comme vous l'aurez compris, la consultation que vous mènerez aura pour finalité de produire des propositions concrètes autour de trois grands objectifs : mieux connaître le phénomène ; prévenir les violences et protéger les victimes.

D'abord, vous identifierez des propositions visant à améliorer le signalement des violences et les données relatives à ces violences afin de mieux objectiver le phénomène et de suivre son évolution.

Ensuite, vos propositions devront s'attacher à améliorer la prévention de toutes formes de violences, à travers une meilleure formation des professionnels, la lutte contre les violences sexistes et sexuelles et l'amélioration de la communication pour lutter contre la banalisation des violences, notamment auprès des usagers.

Enfin, vous veillerez à formuler des propositions pour améliorer la protection des victimes. Mieux protéger impliquera notamment de revoir l'ingénierie des métiers de la sûreté et de la sécurité incendie dans les établissements ; de renforcer le régime de protection des professionnels de santé ; de rénover le modèle des conventions « santé-sécurité-justice » ; d'améliorer la sûreté bâtementaire des lieux d'exercice ; d'assurer un meilleur accompagnement et un suivi dans le temps des victimes de violences et des témoins.

Une attention particulière devra être apportée aux violences dont sont victimes les professionnels de santé en ville. Aussi, vous veillerez à ce que des solutions adaptées à l'exercice des professionnels exerçant hors établissement soient identifiées.

Je souhaite que les propositions formulées dans le rapport puissent adresser deux échelles de temps : des solutions pouvant être mises en œuvre rapidement pour répondre aux situations urgentes d'ores et déjà identifiées, et des propositions dont la mise en place et les effets s'inscriront dans le temps long pour adresser le phénomène dans la durée.

Les résultats de la consultation, que vous aurez menée, sont attendus pour mai 2023. Pour conduire vos travaux, vous pourrez vous appuyer sur les services de la DGOS, et notamment le commissaire général, conseiller sécurité générale auprès de la directrice générale.

Sachant pouvoir compter sur votre mobilisation, je vous prie de recevoir, Docteur, l'assurance de ma considération la meilleure.


Agnès FIRMIN LE BODO



**MINISTÈRE
CHARGÉ DE L'ORGANISATION
TERRITORIALE ET DES
PROFESSIONS DE SANTÉ**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

La Ministre

Paris, le 30 janvier 2023

Madame,

Alors que le gouvernement s'est engagé dans la refondation du système de santé, les conditions d'exercice des professionnels de santé constituent une préoccupation majeure pour le ministère délégué auprès du ministère de la Santé et de la Prévention, chargé de l'Organisation Territoriale et des Professions de Santé. Les derniers mois ont été marqués par les travaux du Conseil national de la refondation en santé (CNR) qui s'est déployé sur tout le territoire national, afin que les acteurs de la santé, professionnels mais également élus ou usagers du système, contribuent à construire ensemble les solutions aux défis qui nous font face. Parmi les thèmes abordés dans les ateliers du CNR, l'attractivité des métiers de la santé et la santé des soignants ont très largement occupé les participants. La question des violences commises à l'encontre des professionnels de santé se trouve à l'intersection de ces deux enjeux : celles-ci dégradent l'image comme les conditions d'exercice de la profession et pèsent très lourdement sur l'état de santé physique comme psychique des soignants.

La sécurité des soignants est une question d'autant plus centrale que les menaces, violences verbales ou agressions physiques ne constituent pas un phénomène marginal, bien au contraire : 37% des professionnels de santé hospitaliers disent subir souvent des agressions physiques ; ce chiffre montant à 84% pour les seuls aides-soignants selon les chiffres du baromètre MNH-Odoxa 2022. L'Observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS) a recensé 19 328 signalements d'atteintes aux personnes ou aux biens en 2021 et 34 550 professionnels victimes de ces violences. Si elles ont gagné le quotidien des soignants, ces agressions sont inacceptables, c'est pourquoi nous devons collectivement mettre en œuvre tous les dispositifs qui permettront de prévenir ces violences et d'accompagner les victimes.

Alors que le signalement des violences dont sont victimes les professionnels reste encore incomplet et que les dispositifs existants sont insuffisamment utilisés, il apparaît essentiel de s'appuyer sur les professionnels de santé et sur l'ensemble des parties prenantes de la sécurité des soignants pour penser des mesures efficaces qui correspondent aux attentes et aux contraintes de leur quotidien. En effet, l'appropriation des mesures par les acteurs de la

Tél : 01 40 56 60 00
14 avenue Duquesne - 75350 PARIS 07 SP

Le traitement de vos données est nécessaire à la gestion de votre demande et entre dans le cadre des missions confiées aux ministères sociaux.
Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD), vous pouvez exercer vos droits à l'adresse ddc-rgpd-cab@ddc.social.gouv.fr ou par voie postale.
Pour en savoir plus : <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/article/donnees-personnelles-et-cookies>

santé est un enjeu phare tandis qu'il convient de les préserver au mieux de charges administratives nouvelles. Co-construire avec les soignants favorisera l'adhésion aux solutions retenues, une fois mises en œuvre, par le plus grand nombre.

C'est la raison pour laquelle je souhaite vous confier le soin de mener une consultation large auprès des parties prenantes de la sécurité des soignants visant à l'élaboration de mesures nouvelles pour lutter contre les violences à l'encontre des professionnels de santé. En parallèle de votre mission, je saisirai la Conférence nationale de santé pour travailler également à des propositions. Véritable instance de démocratie sanitaire, le CNS permettra d'élargir encore la base des acteurs consultés sur le thème de la sécurité des soignants (représentant des usagers, organisations syndicales...), sans interférer avec la consultation que vous mènerez. Ces travaux sont destinés à enrichir une stratégie d'action que nous présenterons en juin et que nous nous efforcerons de déployer de façon systématique avec l'ensemble des acteurs.

Vous veillerez notamment à associer les professionnels de santé et les acteurs de la sécurité à cette consultation dont les représentants des ordres, des établissements publics et privés, des ARS, des étudiants, des forces de l'ordre, de la justice, des métiers de la sûreté et de la sécurité incendie, ainsi que toutes les personnes dont vous jugerez l'expertise utile à la progression de vos travaux.

Comme vous l'aurez compris, la consultation que vous mènerez aura pour finalité de produire des propositions concrètes autour de trois grands objectifs : mieux connaître le phénomène ; prévenir les violences et protéger les victimes.

D'abord, vous identifierez des propositions visant à améliorer le signalement des violences et les données relatives à ces violences afin de mieux objectiver le phénomène et de suivre son évolution.

Ensuite, vos propositions devront s'attacher à améliorer la prévention de toutes formes de violences, à travers une meilleure formation des professionnels, la lutte contre les violences sexistes et sexuelles et l'amélioration de la communication pour lutter contre la banalisation des violences, notamment auprès des usagers.

Enfin, vous veillerez à formuler des propositions pour améliorer la protection des victimes. Mieux protéger impliquera notamment de revoir l'ingénierie des métiers de la sûreté et de la sécurité incendie dans les établissements ; de renforcer le régime de protection des professionnels de santé ; de rénover le modèle des conventions « santé-sécurité-justice » ; d'améliorer la sûreté bâtementaire des lieux d'exercice ; d'assurer un meilleur accompagnement et un suivi dans le temps des victimes de violences et des témoins.

Une attention particulière devra être apportée aux violences dont sont victimes les professionnels de santé en ville. Aussi, vous veillerez à ce que des solutions adaptées à l'exercice des professionnels exerçant hors établissement soient identifiées.

Je souhaite que les propositions formulées dans le rapport puissent adresser deux échelles de temps : des solutions pouvant être mises en œuvre rapidement pour répondre aux situations urgentes d'ores et déjà identifiées, et des propositions dont la mise en place et les effets s'inscriront dans le temps long pour adresser le phénomène dans la durée.

Les résultats de la consultation, que vous aurez menée, sont attendus pour mai 2023. Pour conduire vos travaux, vous pourrez vous appuyer sur les services de la DGOS, et notamment le commissaire général, conseiller sécurité générale auprès de la directrice générale.

Sachant pouvoir compter sur votre mobilisation, je vous prie de recevoir, Madame, l'assurance de ma considération la meilleure.



Agnès FIRMIN LE BODO